

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Serviço da 2.^a clínica médica

ESTUDO CLÍNICO

DA

GRIPE EPIDÉMICA

Dissertação inaugural
apresentada à Faculdade de Medicina do Porto

POR

CELESTINO DA COSTA MAIA

PÓRTO

Tip. a vapor da «Enciclopedia Portuguesa»

47, Rua Candido dos Reis, 49

1920

ESTUDO CLÍNICO
DA
GRIPE EPIDÉMICA

VIA

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Serviço da 2.^a clínica médica

ESTUDO CLÍNICO

DA

GRUPE EPIDÉMICA

Dissertação inaugural
apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto

FOR

CELESTINO MAIA

180/7 FMP

PÔRTO

Tip. a vapor da «Enciclopedia Portuguesa»

47, Rua Candido dos Reis, 49

1920

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

| | |
|--|---|
| Anatomia descritiva | Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima |
| Histologia e Embriologia | Dr. Abel de Lima Salazar |
| Fisiologia geral e especial | Dr. António de Almeida Garrett |
| Farmacologia | Dr. José de Oliveira Lima |
| Patologia geral | Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| Anatomia Patológica | Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão |
| Bacteriologia e Parasitologia | Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão |
| Higiene | Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior |
| Medicina legal | Dr. Manuel Lourenço Gomes |
| Medicina operatória e pequena cirurgia | Dr. António Joaquim de Sousa Júnior |
| Patologia cirúrgica | Dr. Carlos Alberto de Lima |
| Clínica cirúrgica | Dr. Álvaro Teixeira Bastos |
| Patologia médica | Dr. Alfredo da Rocha Pereira |
| Clínica médica | Dr. Tiago Augusto de Almeida |
| Terapêutica geral | Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães |
| Clínica obstétrica | Vaga (1) |
| História da medicina e Deontologia | Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos |
| Dermatologia e Sifilografia | Dr. Luis de Freitas Viegas |
| Psiquiatria | Dr. António de Sousa Magalhães Lemos |
| Pediatria | Vaga (2) |

Lentes jubilados

José de Andrade Gramaxo }
Pedro Augusto Dias } Lentes catedráticos

(1) Cadeira regida pelo Prof. livre — Dr. Manuel António de Moraes Frias.

(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinário — Dr. António de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920).

Ao eminente professor

Senhor Doutor Tiago de Almeida

O. D. C.

Roberto de Carvalho

PREFÁCIO

Tem por objecto a nossa dissertação inaugural a tremenda pandemia que em 1918 e 1919 assolou o mundo, ceifando milhares e milhares de vidas, ajuntando os seus estragos aos do maior conflito guerreiro que regista a história de todos os tempos, mas bem mais terrível que êste, porque bem maior foi o número de vítimas que causou, difundindo-se por todos os pontos do globo e escolhendo, como a guerra, a sua prêsa entre os indivíduos novos e robustos, sem, como esta, poupar os velhos e as crianças.

Poucas epidemias terão tomado o largo carácter pandémico desta última e dizimado de forma tão espantosa a humanidade inteira: o espírito do povo foi, como nas velhas epidemias de peste ou de varíola, assaltado de terror, os doentes chegaram a ser abandonados, estabelecimentos comerciais houve que fecharam por falta de empregados, as repartições públicas viram muito reduzido o número dos seus funcionários, e as autoridades sanitárias eram censuradas por não-poderem, infelizmente, opor um dique às avassaladoras ondas desta gripe epidémica, altíssimamente mortífera.

Todos os males se somaram nesta quadra terrível que atravessámos, a guerra e a pandemia acarretando a fome na sua ceifa impiedosa de indivíduos fortes, pujantes de vida, no máximo da sua capacidade produtiva, e a fome, as emoções e a depressão moral produzidas por guerra e pandemia gerando, por um círculo vicioso natural, o melhor terreno em que as ondas epidémicas poderiam alimentar-se.

E se guerra e gripe foram preocupações de todo o mundo, a gripe foi mais particularmente preocupação do mundo médico, campo de numerosíssimas investigações e observações, cujo somatório contribuirá, sem dúvida, para um mais perfeito conhecimento clínico e epidemiológico dêste ainda tão emaranhado tema. É a nossa contribuição humilde para êste fim, que vimos apresentar nesta dissertação. Bastantes gripados passaram, no ano lectivo de 1918-19, pelas salas da 2.^a clínica médica e uma série brilhantíssima de lições foi sôbre êles feita pelo nosso illustre professor Senhor Doutor Tiago de Almeida. Foi a observação dêstes gripados e o encanto com que nos prendeu a brilhantíssima série de lições do mestre illustre, que nos

levaram a escolher para assunto da nossa dissertação um breve "Estudo clínico da Gripe,,.

Desculpe S. Ex.^a o Senhor Doutor Tiago de Almeida que as suas lições sirvam de alicerce ao nosso trabalho, e lhe dêem, por pálido reflexo do modo como foram ditas e estudadas, o pálido relêvo e medíocre valor que porventura possa ter. Quiz S. Ex.^a facultar-nos os seus apontamentos, orientar-nos com o seu conselho sábio, animar-nos com palavras de incitamento carinhoso e amigo e ainda, para que tudo lhe devamos, presidir ao nosso acto grande, onde os argumentos que possamos emitir em defeza dêste "Estudo clínico,, terão de ser colhidos naquilo que nos ensinou, na orientação clínica que soube dar-nos. É mal de nós, infelizmente, que num ano lectivo, escasso por motivo da gripe, apesar da nossa boa vontade, não soubemos aprender a pensar clinicamente como S. Ex.^a, que se o tivéssemos conseguido seria nosso o futuro.

A nossa admiração pela alta competência profissional e pedagógica de S. Ex.^a fica bem expressa no auxílio que lhe pedimos e de que quizemos dar esta pública demonstração,

expressando ao mesmo tempo a S. Ex.^a, de coração comovido, o nosso indelével reconhecimento por tudo o que lhe devemos—porque, podemos-lo afirmar altivamente, nunca dentro de nós medrou a erva ruim da ingratição, não sabemos esquecer nunca os serviços que nos prestaram por vontade e com bondade, sejam quais forem as circunstâncias da vida, e em momentos adversos mais do que em quaisquer outros.

Pôrto, Junho de 1920.

I PARTE — Observações

OBSERVAÇÃO I

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma broncopneumónica

Maria R. J., de 30 anos, viúva, jornaleira, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 12-VIII-918, com:

ESTADO ACTUAL.—Insónias, cefalalgias, dores generalizadas mais acentuadas nos membros inferiores, febre (39°,3) e anorexia.

Polipneia (60 m. r.), dores torácicas, tosse com expectoração purulenta. Submaciszez nas bases com alguns sarridos crepitantes e murmúrio vesicular atenuado; sarridos húmidos e sêcos, quer sibilantes quer roncantes, disseminados em ambos os pulmões, poupando apenas os vértices.

Pulso freqüente (125) e amplo. Urinas raras.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Adoeceu a 5 de Agôsto com arrepios intensos, cefalalgias violentas, dores pelo corpo, febre elevada e pontada na face posterior do hemitórax esquerdo com irradiação para a região lombar e face anterior do tórax. Tosse com expectoração sanguinolenta.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.—Mãe falecida aos 57 anos, pai idoso e saudável. Teve 4 filhos dos quais 3 são vivos e saudáveis e outro morreu, com 18 mêses, em consequência da epidemia reinante.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 23-VIII: — A temperatura é mais baixa (37°,8 e 37°,3). Persistem os suores e as insónias. Os sinais estetoscópicos pouco se modificaram: desapareceu a submacisiez das bases, respiração exagerada no vértice direito. Expectorção abundante e extremamente fétida. A pesquisa bacteriológica dos escarros deu o resultado seguinte: “não revelou pneumococo nem qualquer outro micróbio”.

A 9-IX: A doente vai melhorando. R. W. negativa.

Da evolução da temperatura, pulso e número de movimentos respiratórios pode avaliar-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Observações |
|--------|-------------|-------------|-------|-------|---|
| Agosto | 13 | 38,3 — 39,3 | 125 | 60 | 2 injeções de 10 ^{cc} de electrargol |
| | 14 | 37,8 — 39,6 | 130 | 60 | |
| | 15 | 38,2 — 38,8 | 126 | 58 | Injecção de 10 ^{cc} de sôro anti-diftérico |
| | 16 | 38,3 — 38,8 | 126 | 58 | |
| | 17 | 37,8 — 38,3 | 125 | 56 | |
| | 18 | 37,8 — 38,3 | 125 | 56 | |
| | 19 | 37,2 — 38 | | | |
| | 20 | 37 — 37,3 | | | |
| | 21 | 37 — 37,5 | 120 | 54 | |
| | 22 | 37,6 — 37,3 | 120 | 54 | |
| | 23 | 37,8 — 37,3 | 125 | 54 | |
| | 24 | 37,9 — 37,2 | 136 | 52 | |
| | 25 | 37,6 — 36,5 | 135 | 50 | |
| | 26 | 37,6 — 38,3 | 135 | 48 | |
| | 27 | 38,1 — 38,2 | | | |
| 28 | 37,2 — 37,3 | 130 | 40 | | |
| 29 | 37,1 — 37,2 | 128 | 40 | | |
| 30 | 36,9 — 38 | 120 | 38 | | |
| 31 | 36,5 — 37,5 | 106 | 36 | | |

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|--------------|-------|-------|--------------------------------------|
| Setembro | 1 | 36,8 -- 36,9 | | | |
| | 2 | 36,7 -- 37,2 | | | |
| | 3 | 36,7 -- 37 | | | |
| | 4 | 36,3 -- 37,3 | | | |
| | 5 | 36,6 -- 36,8 | | | Principia a tomar iodeto de potássio |
| | 6 | 37,2 -- 37,5 | | | |
| | 7 | 36,8 -- 37,3 | | | |
| | 8 | 37 -- 36,8 | | | |
| | 9 | 36,8 -- 36,8 | | | |
| | 10 | 36,3 -- 36,9 | | | Primeira injeccão de gaiacol |
| | 11 | 37 -- 36,9 | | | |
| | 12 | 36,3 -- 36,5 | | | |
| | 13 | 36,9 -- 37 | | | |
| | 14 | 36,3 -- 37,1 | | | |
| | 15 | 36,8 -- 36,6 | | | |
| | 16 | 36 -- 37,1 | | | |
| | 17 | 36,3 -- 36,8 | | | |

De 17-XI em diante a doente conservou-se apirética.

TRATAMENTO.—Á entrada: enfaixamentos húmidos (3), poção de acetato de amónio (1 c. s. de 2 em 2 horas) e injeccões de óleo canforado (2).

14-VIII—Injeccões de electrargol (10^{cc} de manhã e 10^{cc} de tarde). Injeccão de sulfato de esparteína mais sulfato de estricnina.

16-VIII—Injeccão de 10^{cc} de sôro anti-diftérico. Poção de Todd. Poção de hipossulfito de sódio. Hidro-soluto de iodeto de potássio (20 gr.).

10-IX a 21-IX—Injeccões de gaiacol (0,05 gr.).

15-IX a 25-IX—Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

1-X a 5-X—Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

RESULTADO. — A doente saiu curada a 5-x. O exame do aparelho pulmonar nesta altura revelava um ou outro sarrido sêco ou húmido nas bases, e nos vértices respiração rude com expiração soprada.

OBSERVAÇÃO II

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Maria M., de 28 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 7-IX-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Temperatura febril (39,°2), insónias e suores abundantes.

Tosse com expectoração muco-purulenta, dor na base do hemitórax esquerdo com irradiação para a espádua, poli-pneia (28 m. r.).

No pulmão esquerdo: na base e adiante maciszez com sarridos húmidos e sêcos, murmúrio vesicular diminuído e broncofonia; atraz, maciszez na base com os mesmos sinais, e, para cima, submaciszez.

Língua intensamente saburrosa, diarreia, timpanismo abdominal e apetite conservado. Pulso amplo e frequente (120).

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu há 15 dias com arrepios, cefalalgias, dores pelo corpo mais acentuadas nos membros inferiores, delírio, suores abundantes e obstipação.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Variola aos 10 anos, 2 filhos saudáveis. Mãe falecida não sabe de que doença.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.— A pesquisa do b. K. e do pneumococo no escarro foi negativa (boletim de 12-IX). Os sinais estetoscópicos foram cedendo gradualmente.

Da temperatura avalie-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|-------------|-------|-------|-------------|
| Setembro | 7 | 39,2 | | | |
| | 8 | 38,2 — 38,3 | | | |
| | 9 | 38,1 — 38,3 | | | |
| | 10 | 37,5 — 38 | | | |
| | 11 | 37,8 — 37,6 | | | |
| | 12 | 37 — 37,2 | | | |
| | 13 | 37,3 — 37,5 | | | |
| | 14 | 37 — 36,5 | | | |
| | 15 | 36,9 — 36,5 | | | |
| | 16 | 36,8 — 37,2 | | | |
| | 17 | 36,3 — 36,9 | | | |
| | 18 | 36,2 — 36,8 | | | |
| | 19 | 36,5 — 37,1 | | | |
| | 20 | 36,3 — 37,2 | | | |
| | 21 | 36,3 — 37,2 | | | |
| | 22 | 36,6 — 37,7 | | | |
| | 23 | 37 — 37,3 | | | |
| | 24 | 37 — 37,3 | | | |
| | 25 | 36,9 — 37,2 | | | |
| | 26 | 36,3 — 37,2 | | | |
| | 27 | 36,2 — 36,5 | | | |

De 27-IX em diante a doente manteve-se apirética.

TRATAMENTO.— De:

8-IX a 17-IX — Injecções de óleo etero-canforado (2 inj.).

8-IX a 16-IX — Urotropina (2 H.).

18-IX a 30-IX — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

2-x a 11-x — Poção de sulfato de estriçnina (2 c. s.).

RESULTADO.— Saíu curada a 11-x-918.

OBSERVAÇÃO III

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumônica

Carolina A., de 23 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 16-x-918, com:

ESTADO ACTUAL.— Temperatura elevada (39°), cefalalgias violentas, dores e sensação de picadas por todo o corpo com exagêro nos membros inferiores, insónias, suores abundantes com exacerbação nocturna. Epistaxes abundantes e repetidas.

Anorexia, língua saburrosa e obstipação rebelde.

Tosse sêca e violenta, polipneia (28 m. r.). Submaciszez na base do pulmão direito com sarridos crepitantes e murmúrio vesicular atenuado. Respiração rude em ambos os vértices.

Pulso freqüente (120) e amplo. Urinas raras (250 gr.), sem albumina.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— A 12 de Outubro sentiu-se adoentada, com dores de cabeça, dores pelo corpo, epistaxes e falta de apetite. A 14, súbitamente, arrepios violentos, epistaxes repetidas, suores abundantes, picadas pelo corpo, tosse sêca e prostração. Hospitalizou-se a 16.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.— Sarampo em criança, varíola aos 18 anos, um filho falecido de 3 meses. Mãe com 40 anos, saudável, 2 irmãos saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.— A 25-x:— A diurese aumentou (1.000 gr.), 20 m. r., submaciszez diminuida e sarridos húmidos de médias bolhas pouco numerosos. Das curvas de temperatura, etc., pode avaliar-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|----------|-------------|-------------|-------|-------|--------|-------------|
| Outubro | 16 | 39 — 38,1 | | | 350 | |
| | 17 | 38,7 — 37,5 | | | | |
| | 18 | 38,3 — 37,6 | | | | |
| | 19 | 37,5 — 37,9 | 92 | | | |
| | 20 | 38,2 — 38,7 | 84 | | | |
| | 21 | 38,2 — 37,8 | 84 | 24 | | |
| | 22 | 37,2 — 37,3 | 80 | 24 | | |
| | 23 | 36,8 — 37 | 80 | 24 | | |
| | 24 | 36,9 — 37,2 | 72 | 20 | | |
| | 25 | 36,8 — 36,9 | 68 | | | |
| | 26 | 36,4 — 36,5 | | | | |
| | 27 | 36,2 — 36,3 | 72 | 20 | 1000 | |
| | 28 | 36,4 — 36,3 | | | 350 | |
| Novembro | 29 | 36,3 — 36,5 | 72 | | 800 | |
| | 30 | 36,3 — 36,9 | 72 | | 1100 | |
| | 31 | 36,5 — 36,7 | | | 1000 | |
| | 1 | 36,2 — 36,9 | 68 | | 1000 | |
| | 2 | 36,3 — 36,8 | | | 1400 | |
| | 3 | 36,3 — 36,3 | | | 1200 | |
| | 4 | 36,5 — 37 | | | 1100 | |
| | 5 | 36,3 — 37 | | | 1000 | |
| | 6 | 36 — 37,1 | | | 1000 | |
| 7 | 36,3 — 37,1 | | | 1100 | | |
| 8 | 36,2 — 37 | | | 1100 | | |
| 9 | 36,3 — 36,8 | | | 1100 | | |

De 9-XI em diante a doente ficou apirética.

TRATAMENTO. — De:

16-x a 23-x — Aspirina (4 H. de 25 centigr.). Óleo canforado (4^{cc}).

20-x — Óleo de rícino (30 gr.).

21-x a 28-x — Pílulas de terpina e benzoato de sódio (4 p. d.).

28-x a 9-XI — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

10-XI a 15-XI — Injecções de cacodilato de sódio.

RESULTADO. — Saiu a 15-XI — curada.

OBSERVAÇÃO IV

DIAGNOSTICO: Gripe de forma nervosa

Maria L. B., de 23 anos, solteira, empregada do hospital, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 28-x-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Insónias, cefalalgias, dores pelo corpo mais acentuadas nos membros inferiores e na região lombar, suores abundantes mais intensos de noite, temperatura febril (38°,5).

Anorexia, lingua saburrosa, dejeccões regulares. Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (100).

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Sarampo em criança e uma infecção intestinal aos 22 anos. Pai saudável, mãe doente do estômago e 7 irmãos saudáveis.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu a 24 de Outubro com anorexia, cefalalgias, dores pelo corpo e moleza. Piorou a 26, as cefalalgias tornaram-se mais violentas, as dôres pelo corpo exacerbaram-se, arrepios violentos e temperatura febril (38°,1).

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A doença seguiu sem complicações respiratórias. Segue o quadro da curva térmica:

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|-------------|-------|-------|-------------|
| Outubro | 27 | 38,1 | 100 | 20 | |
| | 28 | 38,1 — 38,5 | 100 | 20 | |
| | 29 | 37,7 — 38,4 | | | |
| | 30 | 37,6 — 38,3 | 80 | | |
| | 31 | 37,8 — 38,2 | | | |
| Novembro | 1 | 37,3 — 37,4 | | | |
| | 2 | 36,7 — 36,9 | | | |
| | 3 | 36,3 — 36,8 | | | |
| | 4 | 36,7 — 36,8 | | | |
| | 5 | 36,8 — 36,5 | | | |
| | 6 | 36,9 — 36,3 | | | |
| | 7 | 36,8 — 36,6 | | | |
| | 8 | 37,2 — 36,9 | | | |
| | 9 | 36,9 — 36,8 | | | |
| | 10 | 36,8 — 36,7 | | | |
| | 11 | 37,8 — 37,7 | | | |
| | 12 | 37,3 — 37,5 | | | |
| | 13 | 37 — 36,8 | | | |
| | 14 | 36,7 — 36,8 | | | |
| | 15 | 36,7 — 36,8 | | | |
| | 16 | 36,7 — 36,7 | | | |
| | 17 | 36,9 — 36,9 | | | |
| | 18 | 36,8 — 36,9 | | | |
| | 19 | 36,9 — 36,8 | | | |
| | 20 | 36,9 — 38,5 | | | |
| | 21 | 37,9 — 37,8 | | | |
| | 22 | 37,2 — 38,5 | | | |
| | 23 | 36,3 — 37,2 | | | |
| | 24 | 36,8 — 36,8 | | | |
| | 25 | 36,9 — 36,9 | | | |

TRATAMENTO. — De :

27-x a 31-x — Cloridrato de quinina (2 H. de 0,gr.25).

30-x a 3-xi — Injecções de óleo canforado (2^{cc}).

31-x — Sulfato de sódio (30 gr.).

3-xi a 15-xi — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

16-xi a 25-xi — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

RESULTADO. — Alta a 25-xi — curada.

OBSERVAÇÃO V

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia interlobar consecutiva.

Maria C. S., de 19 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 8-xi-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Suores nocturnos, insónias provocadas pela tosse, temperatura subfebril (37°,8), astenia geral e palidez acentuada.

Tosse com expectoração muco-purulenta, polipneia (44 m. r.). Hemitórax esquerdo deformado, com aproximação das costelas, depressões intercostais exageradas e obliquidade do esterno de cima para baixo e da esquerda para a direita. Expansibilidade respiratória diminuída à esquerda. Perímetro torácico total 78^{cm}; hemitórax esquerdo 37^{cm},5, e direito 40^{cm},5.

Na base do pulmão esquerdo, até ao 4.^o espaço intercostal adiante e até ao ângulo da omoplata atrás, as vibrações vocais, sonoridade e murmúrio vesicular estão ausentes. Acima, o som vai-se tornando gradualmente mais claro, mas as vibrações vocais e o murmúrio vesicular estão diminuídos até ao vértice. Submacisnez do espaço semi-lunar de Traube. Ausência de egofonia, de pectoriloquia afona e do sinal de Pittres.

Pulmão direito: respiração suplementar com expiração ligeiramente soprada no vértice.

Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (140). Choque da ponta desviado para a direita, batendo no 5.^o espaço intercostal esquerdo, três dedos para dentro da linha mamilar. Diurese irregular, polaquiúria. Amenorreia.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu a 16 de Setembro com febre, cefalalgias, arrepios, dores pelo corpo, urinas raras e carregadas.

Internou-se pouco depois no hospital Joaquim Urbano, onde foi feito o diagnóstico de gripe. Pouco tempo depois de internada, a febre aumentou, com novos arrepios, dispneia, tosse com expectoração mucosa, dores torácicas à esquerda, suores durante o sono, insónias e apetite. O hemitórax esquerdo começou então a abaular-se, a sua parede a edematizar-se, e a doente emagrecia progressivamente.

Transportada mais tarde para o Hospital de S.^{to} António, deu entrada na sala de Jesus com a sintomatologia descrita.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Sempre saudável. Desconhece o pai, mãe saudável, 4 irmãos vivos e saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 18 de Novembro, a punção exploradora confirmou a existência duma pleurisia interlobar esquerda. A 21 a punção evacuadora dava 650^{cc} de pus esverdeado, cujo exame cultural revelou a existência dum coco-bacilo de Gram negativo — o bacilo de Pfeiffer. A 27-XI a toracentese era repetida com extracção de 800^{cm³} de líquido semelhante ao primeiro. Depois desta toracentese apareceram sintomas de pneumotórax.

Pesquisa do b. K. nos escarros negativa. De 27-XII em diante a doente fica apirética e o seu pêso vai aumentando gradualmente. Das temperaturas anteriores e da diurese pode avaliar-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperatura | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|----------|-----|-------------|-------|-------|--------|-------------|
| Novembro | 8 | 36,5 — 37,8 | | | | |
| | 9 | 36,3 — 37,2 | | | | |
| | 10 | 36,5 — 37,1 | | | 400 | |
| | 11 | 36,5 — 37,2 | | | 500 | |
| | 12 | 36,7 — 36,8 | | | 450 | |
| | 13 | 36,5 — 37,1 | | | 700 | |
| | 14 | 36,2 — 37,2 | | | 950 | |
| | 15 | 36,3 — 38,2 | | | 1100 | |
| | 16 | 36 — 37,3 | | | 1600 | |
| | 17 | 36,3 — 37,1 | | | 1400 | |
| | 18 | 36,2 — 36,6 | | | 1000 | |
| | 19 | 36,2 — 36,5 | | | | |
| | 20 | 36,3 — 36 | | | 1200 | |
| | 21 | 36,2 — 36,8 | | | 800 | |
| | 22 | 36,8 — 38,3 | | | 1100 | |
| | 23 | 36,5 — 39,2 | | | 1200 | |
| | 24 | 37,2 — 39,8 | | | 500 | |
| | 25 | 36,8 — 39,8 | | | 700 | |
| | 26 | 36 — 38,9 | | | 700 | |
| | 27 | 36,5 — 36,3 | | | 800 | |

DIAGNÓSTICO. — Os sinais estetoscópicos descritos faziam supor uma pleurisia da grande cavidade, mas a história da doença e a punção exploradora não deixaram dúvidas sobre a sua localização interlobar. No momento em que a doente entrou na nossa enfermaria um extenso trabalho de sínfise pleuro-parietal se tinha iniciado, explicando suficientemente os sinais estetoscópicos encontrados. A evolução, a ausência de antecedentes e as pesquisas bacteriológicas negativas eliminam a hipótese de tuberculose.

TRATAMENTO. — De:

10-XI a 19-XI — Terpina e benzoato de sódio (pílulas, 4 p. d.).

10-XI a 20-XI — Poção de sulfato de estriçnina (2 c. s.).

20-XI a 30-XI — Injecções de cacodilato de sódio.

2-XI a 17-XII — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

18-XII a 28-XI — Injecções de cacodilato de sódio.

2-I a 12-I — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

5-I — Óleo de rícino.

19-I a 3-II — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

RESULTADO. — A doente saíu curada a 3-II-919, com uma sínfise pleuro-parietal traduzida num achatamento do hemitórax esquerdo, com submaciszez, murmúrio vesicular diminuído e expansibilidade respiratória quási nula.

OBSERVAÇÃO VI

DIAGNOSTICO: Gripe — pleurisia interlobar consecutiva

Joaquina D. T., de 14 anos, solteira, costureira, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 18-XI-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Suores nocturnos, fraqueza geral, temperatura febril (37°,8) e emagrecimento.

Tosse acompanhada de ligeira expectoração, polipneia (40 m. r.), pontada leve ao nível do rebordo costal esquerdo, ligeiro edema e abaulamento da parede torácica anterior e média do mesmo lado, que apresenta uma sensível diminuição de expansibilidade respiratória. Hemiperímetro torácico esquerdo 38^{cm}, direito 37^{cm}, ao nível do mamilo.

Vibrações vocais, sonoridade e murmúrio vesicular abolidos na parte média do hemitórax esquerdo, tanto adiante como atrás. Abaixo desta zona, submaciszez atinguindo o espaço de Traube e murmúrio vesicular atenuado; acima, no vértice, vibrações vocais diminuídas e alguns

sarridos húmidos de bronquite. Do lado oposto respiração suplementar.

Palpitações. Coração desviado para a direita, com a ponta batendo sobre a linha mamilar direita, 2^{cm} abaixo do mamilo. Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (120). Apetite pouco diminuído, língua ligeiramente saburosa, diarreia de fezes amarelas e fetidas. Diurese reduzida, polaquiúria diurna. Urinas turvas, de depósito abundante, reação alcalina, com vestígios de albumina e indoxil abundante.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Adoeceu há 50 dias, bruscamente, com febre, cefalalgias, anorexia e dores generalizadas mais acentuadas nos membros inferiores. Esteve de cama 15 dias, após os quais se levantou, para acamar novamente decorridos dois dias com pontada no hemitórax esquerdo, tosse seca, ligeira falta de ar e dispneia. O apetite conservou-se enquanto que surgia o abaulamento torácico já descrito, com edemas do tórax, pálpebras e membros inferiores.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.—Saudável, sarampo em criança. Pai falecido há 11 anos de doença que ignora. Mãe viva, de 39 anos, sofre de "sufocação," e tem muita tosse com expectoração sangüínea. Tem 4 irmãos saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.—A punção exploradora, feita após a entrada revelou a existência de líquido purulento enquistado. Foi imediatamente seguida dum punção evacuadora (200 gr.), que teve de repetir-se a 26-XI (600 gr. de pus esverdeado) e, mais tarde, a 15-I (600 gr.). Como o derrame continuasse a reproduzir-se, a 28-I foi feita a pleurotomia no 9.º espaço intercostal e extraídos pela incisão 1.300 gr. de pus com os mesmos caracteres. A supuração continuou, porém, apesar das lavagens antissépticas diárias.

Em 28-II substituíram-se os drenos de caucho por drenos de gaze.

A tosse foi remittente, com recrudescimentos e modificações no aspecto da expectoração em consequência de ligeiras bronquites secundárias. A dextrocardia principiou a reduzir-se depois da pleurotomia: a 5-II a ponta bate ainda do lado direito, mas perto do bordo esternal correspondente; a 11 fica junto dêste bordo; a 8-III está já do lado esquerdo, à distância de 4^{cm} do bordo esternal.

A zona de maciszez, com o conjunto de sinais estetoscópicos que a acompanhavam foi-se reduzindo lenta mas progressivamente depois da pleurotomia, de modo que em princípios de Maio a doente tinha apenas: expiração soprada no vértice direito, ligeira submaciszez na parte média do hemitórax esquerdo, com murmúrio vesicular diminuído. Nesta altura o estado geral era bom, e o tórax ligeiramente retraído por sínfise pleuro-parietal. A curva térmica sofreu também oscilações, que podem vêr-se no quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Observações |
|----------|-----|--------------|--------|-------------|
| Novembro | 19 | — — 37,8 | — | |
| | 20 | 36,7 — 38 | — | |
| | 21 | 36,7 — 37,5 | 950 | |
| | 22 | 37,3 — 36,3 | 1400 | |
| | 23 | 37,2 — 37,3 | 1300 | |
| | 24 | 36,2 — 37,2 | 900 | |
| | 25 | 36,6 — 36,8 | 1000 | |
| | 26 | 36,2 — 36,7 | 1000 | |
| | 27 | 36,3 — 36,5 | 850 | |
| | 28 | 36,5 — 36,3 | 1000 | |
| | 29 | 36,1 — 36,3 | 1000 | |
| Dezembro | 30 | 36,2 — 36,4 | 1200 | |
| | 1 | 36,1 — 36,2 | — | |
| | 2 | 36 — 36,2 | 1400 | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Observações | |
|----------|-------------|--------------|------------------------|------------------------|--|
| Dezembro | 3 | 36,2 — 36 | 1000 | | |
| | 4 | 36 — 36,6 | 1100 | | |
| | 5 | 36,2 — 36,5 | 1200 | | |
| | 6 | 36,3 — 36,7 | 1100 | | |
| | 7 | 36,2 — 37 | 700 | | |
| | 8 | 36,3 — 36,4 | 1000 | | |
| | 9 | 36,4 — 36,5 | 1100 | | |
| | 10 | 36,7 — 38,5 | 950 | | |
| | 11 | 36,8 — 37,3 | 1000 | | |
| | 12 | 37,6 — 37,8 | 850 | | |
| | 13 | 37,8 — 37,9 | 700 | 33 ^{kg.} ,900 | |
| | 14 | 36,8 — 38,3 | 800 | | |
| | 15 | 36,5 — 37,2 | 1000 | | |
| | 16 | 36,5 — 36,5 | 1200 | | |
| | 17 | 37,1 — 38,1 | 900 | | |
| | 18 | 36,8 — 37,2 | 1100 | | |
| | 19 | 36,4 — 36,8 | 1500 | | |
| | 20 | 36,5 — 37,2 | 1400 | 33 ^{kg.} ,600 | |
| | 21 | 36,2 — 37,1 | 1000 | | |
| | 22 | 36,2 — 36,6 | 850 | | |
| | 23 | 36,2 — 36,2 | 800 | | |
| | 24 | 36 — 36,6 | 1000 | | |
| | 25 | 36,2 — 37 | 1100 | | |
| | 26 | 36 — 36,5 | 1450 | | |
| | 27 | 36,2 — 37,2 | 1300 | 33 ^{kg.} ,600 | |
| | 28 | 36,6 — 37,1 | 1200 | | |
| | 29 | 36,2 — 36,8 | 1000 | | |
| | Janeiro | 6 | 36 — 36,6 | 1350 | |
| | | 7 | 36,2 — 36,5 | 1100 | |
| 8 | | 36,8 — 36,2 | 1300 | | |
| 9 | | 36,5 — 36,8 | 1300 | | |
| 10 | | 36,7 — 37 | 1200 | 33 kg. | |
| 11 | | 36,5 — 36,5 | 1300 | | |
| 12 | | 36,2 — 36,7 | 1200 | | |
| 13 | | 36,9 — 36,6 | 1300 | | |
| 14 | | 36 — 37 | 1200 | | |
| 15 | | 36,7 — 36,5 | 1400 | | |
| 16 | | 36,9 — 36,2 | 1000 | | |
| 17 | 36,3 — 37,2 | 1000 | 33 ^{kg.} ,600 | | |
| 18 | 36,2 — 36,5 | 1100 | | | |
| 19 | 36,4 — 38,1 | 1200 | | | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Observações |
|---------|-----|--------------|--------|-------------------------|
| Janeiro | 20 | 37,1 — 37,2 | 1200 | 33 ^{kg.} , 300 |
| | 21 | 37 — 38,5 | 1000 | |
| | 22 | 37,8 — 38,2 | — | |
| | 23 | 37,2 — 38,3 | 800 | |
| | 24 | 37,1 — 37,1 | 800 | |
| | 25 | 36,9 — 38,1 | — | |
| | 26 | 38,5 — 37,5 | 500 | |
| | 27 | 37,3 — 37,9 | 850 | |
| | 28 | 36,5 — 36,8 | 850 | |
| | 29 | 36 — 36,2 | 800 | |
| | 30 | 36 — 36,3 | 700 | |
| | 31 | 36 — 36,5 | 700 | |

TRATAMENTO. — Além das toracenteses e da pleurotomia a doente tomou, de:

19-XI a 29-XI — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

30-XI a 10-XII — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

20-XII a 29-XII — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

2-I a 12-I — Injecções de cacodilato de sódio.

26-I a 11-II — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

5-II a 16-II — Poção de dionina (4 c. s.).

11-II a 28-II — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

8-III a 18-III — Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

15-IV a 26-IV — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

6-V a 19-V — Gotas amargas.

11-VI a 17-VI — Poção de beladona, acónito e lobélia.

9-VII a 19-VII — Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

2-VIII a 12-VIII — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

17-VIII a 27-VIII — Poção de beladona, acónito e lobélia.

27-VIII a 31-VIII — Poção de dionina.

RESULTADO. — Melhorada do estado geral, com ligeiros sinais estetoscópicos foi transferida para cirurgia por fístula pleural.

OBSERVAÇÃO VII

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia purulenta consecutiva

Carolina F. M., de 18 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 27-XI-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Palidez, cefalalgias, suores frios quando dorme, língua saburrosa e apetite.

Imobilidade relativa do hemitórax esquerdo, com abaulamento, rede venosa subcutânea e polipneia (30 m. r.). Vibrações vocais, sonoridade e murmúrio vesicular ausentes em quási todo o hemitórax esquerdo (nas proximidades do vértice êstes sinais atenuam-se). Maciszez do espaço semi-lunar de Traube e dextrocardia com choque apexiano junto do mamilo direito, reconhecível por simples inspecção. Sinal de Pittres positivo, pectoriloquia afona e sôpro pleurítico essencialmente expiratório no vértice do mesmo lado. No pulmão direito, vibrações vocais exageradas e respiração suplementar com inspiração rude e expiração ligeiramente soprada.

Palpitações, sons cardíacos ensurdecidos. Pulso pequeno, hipotenso e freqüente. Amenorreia há 5 mêses.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Ha 3 mêses que adoeceu bruscamente com cefalalgias, dores torácicas e generalizadas, insónias, arrepios, febre e tosse violenta. Hospitalizou-se no Hospital Geral de St.^o António, grávida de 7 mêses, tendo poucos dias depois um parto prematuro. Saíu muito melhorada, mas adoeceu novamente com febre, insónias, tosse sêca, edemas dos membros inferiores e dispneia intensa, tendo sido internada no Hospital Joaquim Urbano

donde foi transferida para a enfermaria n.º 11 dêste Hospital a 11-XI, vindo a 27 para a sala de Jesus da nossa clínica.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Muito doente em criança, fortaleceu-se depois e porisso se diz saudável. Pai falecido aos 39 anos de doença que ignora. Mãe viva e saudável, 4 irmãos, dos quais faleceram 2 e os outros 2 são vivos e saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A punção exploradora foi positiva e, porisso, a 27-XII foram extraídos 1.700 c.c. de líquido purulento. Como o líquido se reproduzisse a pesar-de novas toracenteses, a 20-II foi feita a pleurotomia, que deu 2.500 c.c. do mesmo líquido, cujo exame cultural revelou a presença do estreptococo. A pesquisa do b. K. nos escarros foi negativa. Da evolução da temperatura, etc., avalie-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Novembro | 27 | — — 37,5 | | | |
| | 28 | 37,3 — 38,2 | | | |
| | 29 | 36,8 — 38 | | | |
| | 30 | 37,8 — 38,6 | | | |
| Dezembro | 1 | — — 38,6 | | | |
| | 2 | 36,8 — 37,3 | | | |
| | 3 | 37,7 — 37,2 | | | |
| | 4 | 36,8 — 36,9 | | | |
| | 5 | 36,5 — 36,3 | | | |
| | 6 | 36,2 — 36,8 | | | |
| | 7 | 36,2 — 36,3 | | | |
| | 8 | 36,2 — 36,5 | | | |
| | 9 | 36,3 — 36,8 | | | |
| | 10 | 36,2 — 36,5 | | | |
| | 11 | 37 — 38,5 | — | — | 43 kg. |
| | 12 | 37,4 — 36,9 | | | |
| | 13 | 36,7 — 37,4 | | | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-------------|--------------|-------|------------------------|------------------------|
| Dezembro | 14 | 36,5 — 37,3 | 130 | 30 | |
| | 15 | 38 — 37,5 | 134 | 34 | |
| | 16 | 36,8 — 37,4 | 144 | 29 | |
| | 17 | 37,8 — 37 | 132 | 33 | |
| | 18 | 36,7 — 38,1 | 128 | 31 | |
| | 19 | 36,5 — 37,5 | 128 | 32 | |
| | 20 | 38,1 — 37,6 | — | — | 42 ^{kg.} ,200 |
| | 21 | 37,8 — 37 | | | |
| | 22 | 37,8 — 36,7 | | | |
| | 23 | 37,2 — 36,5 | | | |
| | 24 | 37,5 — 37,2 | | | |
| | 25 | 36,8 — 37,5 | | | |
| Janeiro | 26 | 36,8 — 36,7 | | | |
| | 27 | 36,7 — 36,3 | — | — | 42 kg. |
| | 28 | 36,5 — 36 | | | |
| | 29 | 36 — 36,5 | | | |
| | 30 | 36,2 — 36,6 | | | |
| | 31 | 36,7 — 36,5 | | | |
| | 1 | 36,1 — 36,8 | | | |
| | 2 | 36,3 — 37 | | | |
| | 3 | 36,3 — 36,8 | | | |
| | 4 | 36,6 — 36,2 | | | |
| | 5 | 36,6 — 36,4 | | | |
| | 6 | 36,5 — 36,5 | | | |
| 7 | 36 — 37,2 | | | | |
| 8 | 36,2 — 36,8 | | | | |
| 9 | 36 — 36,4 | | | | |
| 10 | 36,4 — 36,6 | — | — | 42 kg. | |
| 11 | 36,2 — 36,8 | | | | |
| 12 | 36,5 — 36,5 | | | | |
| 13 | 36,3 — 36,3 | | | | |
| 14 | 36,7 — 36,6 | | | | |
| 15 | 36,5 — 37,3 | | | | |
| 16 | 36,2 — 36,5 | | | | |
| 17 | 36,5 — 37 | — | — | 42 ^{kg.} ,500 | |
| 18 | 36,9 — 36,9 | | | | |
| 19 | 36,8 — 36,9 | | | | |
| 20 | 36,9 — 36,3 | | | | |
| 21 | 36,1 — 36,7 | | | | |
| 22 | 36,3 — 36,6 | | | | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|-----------|-------------|--------------|-------|------------------------|------------------------|
| Janeiro | 23 | 37 — 36,5 | | | |
| | 24 | 36,5 — 37,5 | — | — | 41 ^{kg.} ,100 |
| | 25 | 37,3 — 37,7 | | | |
| | 26 | 37,5 — 38,7 | | | |
| | 27 | 37,3 — 38,5 | | | |
| | 28 | 37,2 — 38,7 | | | |
| | 29 | 38,1 — 38,6 | | | |
| | 30 | 36,8 — 37,5 | | | |
| Fevereiro | 31 | 36,5 — 38,3 | — | — | 41 ^{kg.} ,700 |
| | 1 | 37,5 — 37,5 | | | |
| | 2 | 37,4 — 37,5 | | | |
| | 3 | 37,4 — 38 | | | |
| | 4 | 37,4 — 37,8 | | | |
| | 5 | 37,5 — 37,3 | | | |
| | 6 | 36,8 — 37,6 | | | |
| | 7 | 37,1 — 36,3 | — | — | 41 kg. |
| | 8 | 36,2 — 37 | | | |
| | 9 | 36,2 — 36,8 | | | |
| | 10 | 36,1 — 37,3 | | | |
| | 11 | 36,2 — 36,8 | | | |
| | 12 | 37,2 — 37,1 | | | |
| | 13 | 37 — 36,8 | | | |
| 14 | 36,5 — 37,1 | — | — | 41 ^{kg.} ,100 | |
| 15 | 36,9 — 37,8 | | | | |
| 16 | 36,5 — 37,8 | | | | |
| 17 | 36,5 — 36,2 | | | | |
| 18 | 38,2 — 38,1 | | | | |
| 19 | 36,5 — 37,8 | | | | |
| 20 | 37,7 — 38 | | | | |
| 21 | 37 — 36,5 | | | | |
| 22 | 36,8 — 36,6 | | | | |

De 21-II em diante, apirexia.

TRATAMENTO.—A doente, além de sofrer as toracenteses e pleurotomia seguida de lavagens antissépticas com água iodada e oxigenada diluídas, tomou de:

2-XII a 12-XII — Pílulas de terpina e benzoato de sódio
(4 p. d.).

2-XII a 12-XII — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

3-XII a 12-XII — Injecções vaginais de sublimado.

14-XII a 29-XII — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

20-XII a 2-I — Pílulas de terpina e benzoato de sódio
(4 p. d.).

29-XII a 11-I — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

11-I a 18-I — Fosfato de cálcio, tanigénio e pó de
ópio (4 H.).

20-I a 30-I — Injecções de cacodilato de sódio.

5-II a 18-II — Pílulas de terpina e benzoato de sódio
(4 p. d.).

18-II a 27-II — Injecções de sulfato de esparteína e sul-
fato de estricnina.

3-III a 15-III — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

15-III a 18-III — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

18-III a 1-IV — Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

17-IV a 26-IV — Injecções de cacodilato de sódio.

RESULTADO. — A doente saíu curada a 26-IV-919.

OBSERVAÇÃO VIII

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma bronquítica

José C., de 28 anos, casado, alfaiate, entrou para a sala de homens da 2.^a clínica médica a 4-XII-918, com:

ESTADO ACTUAL. — Apirexia, emaciação, regiões malares rosadas, contrastando com a palidez dos tegumentos e mucosas.

Dispneia de esforço, tosse com expectoração muco-purulenta abundante. Nas bases pulmonares e atrás alguns sarridos crepitantes, numerosos sarridos húmidos, com submaciszez e vibrações exageradas à esquerda. Nas bases e adeante numerosos sarridos húmidos, com atritos pleurais à esquerda, e à direita com murmúrio vesicular diminuído, submaciszez e um ou outro sarrido roncante. Nos vértices: atrás e á esquerda sarridos crepitantes com a tosse; á frente e á esquerda inspiração rude, expiração prolongada, sarridos crepitantes e atritos pleurais; á frente e á direita ligeiros sarridos crepitantes, submaciszez e vibrações vocais exageradas.

Apetite conservado, sensação de afrontamento após as refeições.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu em 9 de outubro, bruscamente, com febre, delírio, cefalalgias frontais, suores nocturnos e tosse com expectoração abundante, sem pontada; borborignos e obstipação tenaz. Esteve de cama durante um mês e foi então posto pelo médico assistente o diagnóstico de broncopneumonia. Nunca convalesceu completamente, continuou fraco, com suores abundantes, com tosse e expectoração nunca hemoptoica.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — “Constipação,, aos 20 anos, após a qual ficou sempre muito fraco, três cancros venéreos aos 17 anos. Na família não há antecedentes de bacilose.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — O doente pouco tempo se demorou nas nossas salas. A R. W. foi negativa, a pesquisa do b. K. nos escarros também. Ligeiras temperaturas vesperais, como se vê do quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Dezembro | 4 | | | | |
| | 5 | 36,5 — 37 | | | |
| | 6 | 37 — 37,3 | | | |
| | 7 | 36,1 — 36,9 | | | |
| | 8 | 36,1 — 37,5 | | | |
| | 9 | 36,6 — 37,2 | | | |
| | 10 | 36,5 — 37 | | | |
| | 11 | 36,5 — 36,8 | | | |
| | 12 | 36,3 — 37 | | | |
| | 13 | 36,3 — | | | |

DIAGNÓSTICO.— Gripe de forma bronquítica. Tuberculose latente.

TRATAMENTO.— De:

5-XII a 7-XII — Injeções de cacodilato de sódio.

5-XII a 8-XII — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

11-XII a 13-XII — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

RESULTADO.— O doente saiu no mesmo estado a 13-XII-918.

OBSERVAÇÃO IX

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia interlobar consecutiva

Maria A., de 36 anos, casada, doméstica, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 10-XII-918, com:

ESTADO ACTUAL.— Emagrecimento, suores nocturnos e fraqueza geral.

Tosse com expectoração muco-purulenta, imobilidade

do hemitorax esquerdo abaulado e doloroso à pressão na base, onde se encontram abolidos murmúrio vesicular, sonoridade e vibrações vocais. No vértice do mesmo lado exagêro de sonoridade, vibrações e murmúrio. Sinal de Pittres positivo.

Pulso pequeno e frêquente (132). Choque apexiano junto do bordo esternal esquerdo; sons cardíacos ensurdecidos.

Anorexia, língua saburrosa, fezes normais. Oligúria.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu há dois mêses com febre, arrepios, cefalalgias, suores profusos, anorexia e tosse sem expectoração. Há 15 dias, dores no hemitórax esquerdo, impossibilidade de decúbito do lado doloroso e tosse com expectoração muco-purulenta.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Uma pneumonia há 15 anos, saudável. Pai falecido com 87 anos. Mãe e 6 irmãos saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 12-XII a punção exploradora confirma a existência de derrame interlobar pela extracção de líquido purulento. A 17 a toracentese dá 50^{cc} do mesmo líquido e a 21 20^{cc}. A 4-II, pleurotomia esquerda.

Como a doente parecesse muito anémica, foi pedida a análise de sangue que deu, em boletim de 13-II:

Hemoglobina, 40 %; Glóbulos rubros, 3.840.000; Glóbulos brancos, 18.500; Polinucleares neutrófilos, 71,3 %; Mononucleares grandes, 4,7 %; Mononucleares médios, 5 %; Linfócitos, 17,8 %; Mielócitos basófilos, 0,7 %; Formas de transição, 0,5 %.

Para as curvas de temperatura e diurese veja-se o quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações | |
|----------|---------|--------------|-------------|-------|--------|-------------|--|
| Dezembro | 10 | 37,1 | | | | | |
| | 11 | 37,2 — 38,7 | | | | | |
| | 12 | 37,6 — 39,2 | | | 400(?) | | |
| | 13 | 37,1 — 38,4 | | | 600 | | |
| | 14 | 37,5 — 38,3 | | | 540 | | |
| | 15 | 37,5 — 37,8 | | | 450 | | |
| | 16 | 37 — 37,6 | | | 650 | | |
| | 17 | 37,6 — 37,7 | | | 500 | | |
| | 18 | 37,1 — 38, | | | 800 | | |
| | 19 | 36,9 — 37,8 | | | 700 | | |
| | 20 | 37,2 — 38,2 | | | 400(?) | | |
| | 21 | 37,8 — 39, | | | 500 | | |
| | 22 | 37,1 — 37,8 | | | 500 | | |
| | 23 | 36,8 — 37,5 | | | 800 | | |
| | 24 | 37,5 — 37,6 | | | | | |
| | 25 | 37 — 38,3 | | | 700 | | |
| | 26 | 36,8 — 37,8 | | | 560 | | |
| | 27 | 37,5 — 38,2 | | | 950 | | |
| | 28 | 38,8 — 38,3 | | | 400 | | |
| | 29 | 37,6 — 38,9 | | | 500 | | |
| | 30 | 36,9 — 37,7 | | | 450 | | |
| | 31 | 36,8 — 37,7 | | | | | |
| | Janeiro | 1 | 36,7 — 37,3 | | | | |
| | | 2 | 36,8 — 38,2 | | | | |
| | | 3 | 36,5 — 37,6 | | | 700 | |
| | | 4 | 36,7 — 37,3 | | | 450 | |
| | | 5 | 36,5 — 37,2 | | | 700 | |
| | | 6 | 36,3 — 37,5 | | | 950 | |
| | | 7 | 36,9 — 37,3 | | | 1400 | |
| | | 8 | 36,6 — 37,5 | | | 1500 | |
| | | 9 | 36,6 — 36,9 | | | 700 | |
| 10 | | 36,9 — 36,6 | | | 800 | | |
| 11 | | 36,3 — 36,6 | | | 1000 | | |
| 12 | | 36,7 — 37 | | | | | |
| 13 | | 36,8 — 37,4 | | | 1200 | | |
| 14 | | 36,5 — 36,8 | | | 1000 | | |
| 15 | | 36,8 — 37,5 | | | 850 | | |
| 16 | | 36,2 — 36,6 | | | 500 | | |
| 17 | | 36,5 — 37,4 | | | | | |
| 18 | | 36,6 — 36,9 | | | 900 | | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|-----------|-------------|--------------|-------|-------|--------|-------------|
| Janeiro | 19 | 36,7 — 37 | | | 700 | |
| | 20 | 36,5 — 36,2 | | | 500 | |
| | 21 | 36,7 — 36,6 | | | 700 | |
| | 22 | 36,2 — 37,8 | | | | |
| | 23 | 36,8 — 37,3 | | | | |
| | 24 | 36,5 — 37,1 | | | 500 | |
| | 25 | 36,6 — 37,8 | | | | |
| | 26 | 37,2 — 38,2 | | | 500 | |
| | 27 | 37,3 — 38,2 | | | 700 | |
| | 28 | 37,1 — 39 | | | | |
| | 29 | 38 — 38,2 | | | | |
| Fevereiro | 30 | 37 — 37,8 | | | 350 | |
| | 31 | 37,9 — 37,5 | | | 500 | |
| | 1 | 36,9 — 37 | | | 600 | |
| | 2 | 37,3 — 37,4 | | | 350 | |
| | 3 | 36,9 — 38,3 | | | 300 | |
| | 4 | 36,8 — 38 | | | 500 | |
| | 5 | 37,6 — 38,6 | | | 700 | |
| | 6 | 37,1 — 37,5 | | | 450 | |
| | 7 | 36,5 — 37 | | | 600 | |
| 8 | 36,5 — 36,5 | | | 700 | | |

De 8-II em diante, apirexia.

TRATAMENTO.—Além do tratamento cirúrgico—toracenteses e pleurotomia—já indicado, a doente tomou de:

14-XII a 29-XII—Teobromina (2 H.).

19-XII a 5-I—Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

15-I a 30-I—Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

31-I a 13-II—Teobromina (2 H.).

2-II a 12-II—Injecções de sulfato de estricnina.

16-II a 22-II—Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

RESULTADO.—A doente teve alta a 22-II-919, milhorada.

OBSERVAÇÃO X

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia sero-hemorrágica consecutiva

José C. S., de 16 anos, solteiro, empregado comercial, entrou para a sala de homens da 2.^a clínica médica a 9-1-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Temperatura ligeiramente febril, astenia.

Decúbito lateral direito impossível, tosse com expectoração muco-purulenta, ligeiro abaulamento do hemitórax direito com expansibilidade respiratória diminuída. Na base do pulmão direito sonoridade, murmúrio vesicular e vibrações vocais ausentes com egofonia e fenómeno de Baccelli; à frente e para cima da zona de maciszez, atritos pleurais e skodismo do vértice. À esquerda e atrás, na base, zona submacissa do triângulo de Grocco.

Anorexia, cólon um pouco doloroso à pressão e dejectões diarreicas (2).

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Em fins de Setembro adoeceu com febre elevada (41°), cefalalgias, dores generalizadas mais violentas na região lombar, e delírio que durou 20 dias. Não se recorda se então tinha tosse, mas sabe que após o delírio a tinha, tosse que nunca mais passou. Em princípios de Dezembro recaiu, bruscamente, com pontada, arrepios e tosse acompanhada de ligeira expectoração mucosa. Não acusa ter tido então sinais de febre.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Desde muito novo que tem diarreia. Pai falecido de hemorragia cerebral (?).

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.—A 10-I a punção exploradora revelou a existência de líquido pleural ligeiramente hemorrágico, com reacção de Rivalta fortemente positiva. A análise dêste líquido revelou: “Sedimento hemático após centrifugação. Abundância de glóbulos rubros e linfócitos, raras formas mononucleares e algumas células endoteliais,.. A 30-I, a punção exploradora revela ainda a presença de algum líquido não hemorrágico. Há algumas noites que o doente tem tido suores. A 5-II, os sinais estetoscópicos estão diminuídos, já se sentem as vibrações vocais na base, mas o murmúrio vesicular é ainda consideravelmente diminuído.

Da temperatura, urinas e dejeções avalie-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Dejeções | Observações |
|---------|-----|--------------|--------|----------|-------------|
| Janeiro | 9 | 36,8 | | | |
| | 10 | 36,9 — 37,6 | | | |
| | 11 | 37 — 37,6 | | 3 | |
| | 12 | 37 — 37,4 | | 2 | |
| | 13 | 36,5 — 37,6 | | 1 | |
| | 14 | 36,6 — 37,4 | 1600 | 1 | |
| | 15 | 36,8 — 37,3 | 775 | 1 | |
| | 16 | 36,6 — 37,3 | 1200 | 1 | 52 kg. |
| | 17 | 36,8 — 37,2 | 775 | 1 | |
| | 18 | 36,5 — 36,7 | 850 | 1 | |
| | 19 | 36,5 — 37,5 | 900 | 0 | |
| | 20 | 36,5 — 37,6 | 675 | 1 | |
| | 21 | 37 — 37,6 | 1200 | 1 | |
| | 22 | 36,6 — 38,1 | 1000 | 2 | |
| | 23 | 37 — 38 | 1450 | 2 | 51 kg. |
| | 24 | 37,2 — 37,9 | 850 | 3 | |
| | 25 | 37,2 — 38,9 | 900 | 2 | |
| | 26 | 37,5 — 38,5 | 600 | 1 | |
| | 27 | 37,2 — 39 | 1900 | 1 | |
| | 28 | 37,5 — 39 | 1150 | 1 | |
| | 29 | 37,2 — 38 | 1250 | 1 | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Dejecções | Observações |
|-----------|--------|--------------|--------|-----------|-------------|
| Fevereiro | 30 | 37 — 38,3 | 1125 | 0 | 50 kg. |
| | 31 | 36,6 — 37,9 | 1350 | 1 | |
| | 1 | 36,9 — 37,6 | 1150 | 1 | |
| | 2 | 36,9 — 37,5 | 2200 | 1 | |
| | 3 | 36,8 — 38 | 1000 | 1 | |
| | 4 | 36,6 — 37,5 | 1400 | 1 | 50, kg 5 |
| | 5 | 36,4 — 38,3 | 1500 | 1 | |
| | 6 | 36,7 — 37,4 | 1600 | 1 | |
| | 7 | 36,8 — 36,8 | 1700 | 1 | |
| 8 | 37,3 — | 1080 | 1 | | |

TRATAMENTO.— De:

10-I a 19-I — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

21-I a 31-I — Fosfato de cálcio, subnitrito de bismuto e tanigénio (4 H.).

RESULTADO.— O doente saiu a 8-II-919 melhorado.

OBSERVAÇÃO XI

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia purulenta livre consecutiva

Maria A. R., de 14 anos, solteira, empregada na lavoura, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 13-1-919, com:

ESTADO ACTUAL.— Temperatura subfebril (37°,6), suores ligeiros, palidez dos tegumentos e conjuntivas.

Tegumentos torácicos com vestígios de aplicações anteriores de tintura e cataplasmas sinapisadas. Ligeiras dores torácicas à direita, tosse sêca, polipneia (48 m. r.), desigual-

dade respiratória nos dois hemitórax, e abaulamento posterior no hemitórax direito com gânglios axilares do mesmo lado. A coluna vertebral tem um notável desvio de convexidade direita. Sonoridade, vibrações vocais e murmúrio vesicular ausentes na base direita; esbôço do sinal de Pittres; acima, atritos pleurais; no vértice, respiração rude, expiração soprada, submaciszez e vibrações aumentadas. Do lado esquerdo, ligeira submaciszez da base com vibrações vocais e murmúrio vesicular diminuídos; no vértice murmúrio e vibrações exagerados.

Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (133). Sons cardíacos normais. Língua húmida, opalina na parte central; apetite. Microadenites cervicais à esquerda.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu de repente com cefalalgias, dores pelo corpo, anorexia, febre e, dias depois, tosse sêca. O médico chamado diagnosticou uma gripe de forma pneumônica e ordenou o uso de revulsivos. Nunca curou completamente, apesar de ter chegado a andar a pé, e, passados dias, começou a não poder deitar-se sôbre o lado esquerdo e a sentir dores torácicas à direita. Há cerca dum mês sofreu uma toracentese que deu bastante líquido purulento, e em consequência da qual se sentiu melhorada, chegando a levantar-se de novo, para de novo recolher à cama, hospitalizando-se em seguida.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Sarampo aos 12 anos, saudável até contrair a gripe. Pais e 3 irmãos sadios e robustos.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 14-1 toracentese com extracção de 700^{cc} de líquido esverdeado. Como a temperatura se elevasse a 21-1 foi feita a pleurotomia; a pleura foi drenada e lavada diáriamente, caindo a temperatura para

nunca mais voltar. Da marcha da temperatura avalie-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Urinas | Observações |
|---------|-----|--------------|--------|-------------|
| Janeiro | 13 | — — 37,5 | | |
| | 14 | 36,5 — 37,4 | | |
| | 15 | 36,6 — 37,5 | | |
| | 16 | 36,9 — 37,2 | 1500 | |
| | 17 | 36,4 — 38 | 1200 | |
| | 18 | 36,4 — 38,8 | 800 | |
| | 19 | 36,9 — 38,7 | 1000 | |
| | 20 | 37,0 — 38,3 | 580 | |
| | 21 | 37,0 — 38,9 | 700 | |
| | 22 | 36,9 — 36,5 | 300 | |

De 22-I em diante a doente manteve-se apirética.

TRATAMENTO.— Além das toracenteses, pleurotomia e lavagens pleurais, a doente tomou de:

14-I a 24-I—Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

3-II—Óleo de rícino.

9-II a 19-II—Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

18-II a 13-III—Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

RESULTADO.— A doente saiu curada em 16-III-919. A auscultação no dia da saída revelou: diminuição de murmúrio, sonoridade e vibrações em quási toda a altura do pulmão direito, com ligeiros atritos pleurais na base e atraz.

OBSERVAÇÃO XII

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Julia S., de 28 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 13-1-919, com:

ESTADO ACTUAL.— Tegumento e mucosas descoradas, astenia geral, temperatura sub-febril e cefaleias.

Tosse com ligeira expectoração mucosa; dôres torácicas à direita exacerbadas pela tosse, provocando-lhe dispneia e tornando-lhe impossível o decúbito lateral direito. A' direita e atrás, na parte média, submaciszez, atritos pleurais e murmúrio vesicular diminuído; adiante submaciszez, e respiração em vaga; no vértice, vibrações vocais aumentadas, sonoridade e murmúrio vesicular diminuídos.

Pulso pequeno, levemente frequente (80) $TM=10$, $Tm=6$. Apetite diminuído.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— Adoeceu há um mês com arrepios, moleza geral, febre, cefalalgias, dores nos membros membros inferiores e anorexia. Hospitalizou-se, indo para outra enfermaria, já com uma pontada no tórax atrás e à direita, pontada que se tornou depois mais violenta, acompanhando-se de tosse, suores profusos e temperatura elevada.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.— Sarampo e trazorelho em criança. Aos 18 anos sofreu muito do estômago com vômitos e dôres às refeições, ficando depois muito fraca, com dores no peito e suores nocturnos por vezes. Obstipação habitual. De quando em quando, microadenites dolorosas na região cervical. Conserva, porém, sempre o apetite. Tem um filho muito fraco. Pai morreu tuber-

culoso, mãe falecida com escrófulas. Uma irmã morta em criança e um irmão ausente que supõe saudável.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A doente entrou a melhorar. A 27-1 surgiu diarreia que passou em breve. Da temperatura pode avaliar-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|---------|-----|--------------|-------|-------|------------------------|
| Janeiro | 13 | — — 37,2 | | | |
| | 14 | 36,8 — 37,1 | | | |
| | 15 | 37,1 — 37 | | | |
| | 16 | 36,8 — 36,8 | | | |
| | 17 | 36,7 — 36,9 | | | 36 ^{kg.} , 70 |
| | 18 | 36,8 — 36,7 | | | |
| | 19 | 36,5 — 37,2 | | | |
| | 20 | 36,8 — 36,5 | | | |
| | 21 | 36,4 — 37,4 | | | |
| | 22 | 36,8 — 36,9 | | | |
| | 23 | 36,6 — 37,1 | | | |
| | 24 | 36,8 — 36,8 | | | 37 ^{kg.} , 70 |

De 24-1 em diante ficou absolutamente apirética.

Pesquisa do b. K. negativa. Reacção de Von-Pirquet negativa também.

DIAGNÓSTICO. — Gripe. Tuberculose latente (?).

TRATAMENTO. — De:

16-1 a 26-1 — Glicerofosfato de cálcio (2 H.).

27-1 a 29-1 — Fosfato de cálcio, tanigenio e pó de ópio (3 H.).

RESULTADO. — Saíu curada a 31-1-919.

OBSERVAÇÃO XIII

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Ana N., de 17 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 14-I-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Face congestionada, febre elevada (39°,5) e astenia geral.

Ligeira expectoração mucosa. Atritos pleurais disseminados por todo o tórax, um ou outro sarrido roncante e sarridos crepitantes, mais numerosos à frente; atrás, na base do pulmão direito, um foco pouco extenso de maciszez com sarridos crepitantes e murmúrio vesicular atenuado.

Lábios sêcos, língua húmida e opalina, anorexia, sem obstipação nem diarreia. Pulso amplo e freqüente (120), TM=11, Tm=5. Sons cardíacos ligeiramente ensurdecidos. Urinas carregadas, sem albumina.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu há 12 dias, depois dum excesso de trabalho, sem cefalalgias, nem arrepios, nem dores pelo corpo, nem pontada, nem tosse: apenas temperatura alta, dores na garganta e suores. As dores de garganta desapareceram com um colutório.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Varicela em criança, saudável. Pais saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A doente pouco tempo se demorou na enfermaria. Temperaturas:

| Mês | Dia | Temperaturas | Observações |
|---------|-----|--------------|-------------|
| Janeiro | 13 | — — 39,5 | |
| | 14 | 39,2 — 39,5 | |
| | 15 | 39,2 — 39,6 | |
| | 16 | 39 — 40,2 | |
| | 17 | 38,9 — — | |

TRATAMENTO. — De:

14-I a 17-I — Óleo canforado (2^{cc}).

16-I — Aspirina (3 H.).

16-I — Envoltórios sinapizados (2).

RESULTADO. — A doente teve alta por assim o exigir.

OBSERVAÇÃO XIV

DIAGNÓSTICO: Gripe — pleurisia sêca consecutiva

Antónia A., de 20 anos, solteira, doméstica, entrou para a sala do Espírito Santo, da 2.^a clínica médica, a 14-I-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Palidez, astenia, sem febre.

Não há tosse, dores no hemitórax esquerdo, mais acentuadas na base e atrás, preferindo, todavia, a doente deitar-se para êste lado. À esquerda e à frente: na base, submaciszez com murmúrio vesicular e vibrações vocais diminuídas; mais acima, atritos pleurais numerosos; no vértice, expiração prolongada e soprada, vibrações aumentadas e murmúrio vesicular atenuado. À esquerda e atrás: na base, maciszez com

vibrações e murmúrio vesicular ausentes; mais acima, quási até à espinha da omoplata, submaciszez com vibrações e murmúrio atenuados; no vértice, expiração soprada. Á direita, no vértice, vibrações vocais aumentadas e expiração prolongada e soprada.

Pulso pequeno, hipotenso, não freqüente (68). Sons cardíacos normais. Apetite. Amenorreja, desde o comêço da doença.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— Adoeceu a 22 de Outubro, bruscamente, com temperatura alta, arrepios, cefalalgias, anorexia e “aflicção no estômago”. Passados 3 dias começou a sentir dores no hemitórax esquerdo e tosse com abundante expectoração mucosa. Esteve um mês de cama, levantando-se ainda muito fraca, com dores no peito. Nove dias depois recaiu com febre, anorexia, muita sêde e agravamento das dores torácicas. Passada uma semana levantou-se melhor, sem febre, sem dores, com muito apetite. Começou, porém, a sentir novamente as dores torácicas com a marcha, e, ao mesmo tempo, falta de ar. Foi emagrecendo, a-pesar-de conservar o apetite, e assim veio para o hospital.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.— Pai, mãe e 9 irmãos todos saudáveis. Em Maio de 1918 teve uma anemia; até aí foi sempre forte.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.— No dia 1-II reapareceu a menstruação. Nesse mesmo dia os sinais respiratórios tinham-se atenuado já: os atritos pleurais eram diminutos e a extensão das zonas de maciszez e submaciszez tinha diminuído ligeiramente.

TRATAMENTO: De

15-I a 25-I — Injecções de cacodilato de sódio.

25-I a 6-II — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

6-II a 16-II — Injecções de cacodilato de sódio.

RESULTADO.—A doente saíu curada a 17-II-919. Á saída havia sinais de sínfise pleural: achatamento do tórax, sonoridade e vibrações atenuadas na base, amplitude respiratória diminuída.

OBSERVAÇÃO XV

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Maria A., de 14 anos, solteira, doméstica, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 27-I-919, com:

ESTADO ACTUAL.—Febre (38°), cefalalgias, dores generalizadas e suores profusos, sobretudo nocturnos.

Dores torácicas à esquerda, tosse com expectoração muco-purulenta, dispneia de sono e de esforço. A' esquerda e adiante respiração rude no vértice, atrás e na base submucosidade com atritos pleurais e rudeza respiratória; à direita e adiante respiração rude e intercisa com expiração soprada em toda a altura, atrás murmúrio vesicular atenuado no vértice.

Língua húmida e ligeiramente opalina, apetite. Pulso tenso e freqüente (112). Oligúria, sem albumina.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Adoeceu há uma semana, de repente, com cefalalgias, arrepios, temperatura alta, suores, anorexia e tosse com dores no hemitórax esquerdo.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.—Tifo exantemático 6 meses antes, Gripe epidémica há 3 meses, pela qual teve de se internar no hospital Santos Pouzada, donde diz ter saído curada. Adenites cervicais em criança. Mãe falecida com tuberculose, um tio que deita sangue pela boca e um irmão saudável.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 30-I todos os sintomas se apresentam em plena regressão, persistindo a tosse com expectoração muco-purulenta. A 10-II todos os sinais estoscópicos tinham desaparecido.

Para a temperatura veja-se o quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|-----------|-----|--------------|-------|-------|--------|-------------|
| Janeiro | 27 | — 38 | | | | |
| | 28 | 36,7 — 37,2 | | | | |
| | 29 | 36,6 — 36,5 | | | 580 | |
| | 30 | 36,5 — 36,9 | | | 1000 | |
| | 31 | 36,6 — 36,8 | | | 1000 | |
| Fevereiro | 1 | 36,3 — 36,5 | | | 900 | |
| | 2 | 36,2 — 36,9 | | | 1000 | |
| | 3 | 36,2 — 36,5 | | | 600 | |

Durante o mês de Fevereiro, a doente manteve-se apirética.

TRATAMENTO. — De:

29-I a 7-II — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

7-II a 17-II — Poção de arseniato de sódio (2 c. s.).

17-II a 27-II — Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

21-II a 2-III — Pomada de enxofre.

27-II — Sulfato de sódio (30 gr.).

RESULTADO. — Saíu curada a 3-III-919.

OBSERVAÇÃO XVI

DIAGNÓSTICO: Gripe-pleurisia interlobar consecutiva

Esperança F. D., de 56 anos, casada, doméstica, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 29-III-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Palidez acentuada das mucosas e tegumentos a contrastar com o leve rosado das regiões malares, suores abundantes e contínuos, temperatura febril de grandes oscilações.

Tosse ligeira com abundante expectoração mucosa, polipneia (44 m. r.). Hemitórax esquerdo com rêde venosa subcutânea, retraído atrás e abaulado à frente por uma tumefacção vermelha, dura, aderente à parede costal e dolorosa à pressão, que ocupa toda a glândula mamária; expansibilidade respiratória diminuída dêste lado. Edema do membro superior esquerdo com prejuizo dos movimentos escápulo-humerais.

Vibrações vocais, murmúrio vesicular e sonoridade muito atenuados numa zona que acompanha a scisura interlobar do pulmão esquerdo, descendo da extremidade posterior da 3.^a costela até à 6.^a, adiante, sôbre a linha mamilar; no vértice ligeira diminuição de sonoridade e murmúrio vesicular. No pulmão direito, expiração prolongada no vértice.

Pulso freqüente (116), $TM = 12$, $Tm = 6$. Ponta do coração batendo junto do bordo esquerdo do esterno no 5.^o espaço intercostal, área cardíaca desviada para a direita, até 3^{cm.},5 para fora do bordo esternal direito; ligeiro sôpro mitral na sístole. Anorexia. Urinas raras e sem albumina.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— Há 5 semanas, no meio das suas ocupações, adoeceu com arrepios violentos, febre, anorexia, suores e dores generalizadas. Ainda antes de adoecer começou a sentir uma prisão na axila esquerda, e alguns dias depois principiou o seio a inchar e a tornar-se doloroso. A tosse foi sempre ligeira e as dores torácicas leves.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.— Pai falecido dum resfriado no mar, e mãe duma doença de coração. Sarampo em criança. Tem 10 filhos vivos e saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.— O líquido purulento, revelado pela punção exploradora, reproduzia-se com rapidez e, porisso, foram necessárias sucessivas toracenteses: a 30-III extracção de 225^{cc}, a 4-IV 150^{cc}, a 17-IV abertura do tumor da glândula mamária com saída de 500^{cc} de pus, a 26-IV 300^{cc}, a 13-V 150^{cc}, a 19-V 220^{cc} e a 28-V 90^{cc}. A 4-VI a punção foi negativa. A 17-IV o pulso era pequeno mas menos frequente (80), a polipneia menor (26 m. r.), os sinais estetoscópicos tinham-se reduzido em extensão. A doente sente-se fraca. A cura é, todavia, arrastada, a temperatura não cedendo definitivamente, como pode ver-se pelo quadro que segue:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|-------|-----|--------------|-------|-------|-------------------|-------------|
| Março | 29 | 36,8 — 38,7 | | | | |
| | 30 | 37,2 — 38,3 | | | 500 | |
| | 31 | 37,6 — 38,9 | | | 300 ^{cc} | |
| Abril | 1 | 37,2 — 38,1 | 120 | 32 | 900 | |
| | 2 | 37,4 — 38,8 | 104 | 34 | 500 | |
| | 3 | 36,9 — 38,4 | 102 | 32 | 500 | |
| | 4 | 37,2 — 37,9 | 102 | 32 | 1200 | |
| | 5 | 37,4 — 37,8 | 100 | 32 | | |
| | 6 | 37,2 — 39 | 104 | 32 | | |
| | 7 | 37,5 — 37,7 | 104 | 34 | 1000 | |
| | 8 | 37,7 — 38 | 104 | 32 | 2000 | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações | |
|-------|------|--------------|--------------|-------|--------|-------------|--|
| Abril | 9 | 37,7 -- 38,1 | 102 | 34 | 1100 | | |
| | 10 | 37,4 -- 37,9 | 100 | 32 | 900 | | |
| | 11 | 37 -- 37,6 | | | 900 | | |
| | 12 | 37,3 -- 38,3 | | | 700 | | |
| | 13 | 37,4 -- 37,6 | | | | | |
| | 14 | 36,9 -- 38,1 | | | | | |
| | 15 | 36,8 -- 36,8 | | | | | |
| | 16 | 36,4 -- 37,4 | | | | | |
| | 17 | 36,6 -- 37,2 | | | | | |
| | 18 | 36,4 -- 37 | | | | | |
| | 19 | 36,4 -- 38,6 | | | | | |
| | 20 | 36,4 -- 36,9 | | | | | |
| | 21 | 37,2 -- 37,3 | | | | | |
| | 22 | 36,9 -- 38 | | | | | |
| | 23 | 36,8 -- 37,4 | | | | | |
| | 24 | 37 -- 37,6 | | | | | |
| | 25 | 36,6 -- 37,2 | | | | | |
| | 26 | 37,2 -- 36,9 | | | | | |
| | 27 | 36,9 -- 36,1 | | | | | |
| | 28 | 36,2 -- 36,6 | | | | | |
| | 29 | 36,9 -- 37,5 | | | | | |
| | 30 | 36,2 -- 37,1 | | | | | |
| | Malo | 1 | 37,2 -- 36,5 | | | | |
| | | 2 | 36,9 -- 37,2 | | | | |
| | | 3 | 37 -- 37,1 | | | | |
| | | 4 | 36,9 -- 36,9 | | | | |
| | | 5 | 36,4 -- 36,9 | | | | |
| | | 6 | 36,6 -- 36,6 | | | | |
| | | 7 | 36,4 -- 36,6 | | | | |
| | | 8 | 36,6 -- 37,3 | | | | |
| 9 | | 36,6 -- 37,1 | | | | | |
| 10 | | 36,9 -- 37,6 | | | | | |
| 11 | | 36,2 -- 37,6 | | | | | |
| 12 | | 37,8 -- 37,4 | | | | | |
| 13 | | 37,3 -- 36,8 | | | | | |
| 14 | | 36,6 -- 36,8 | | | | | |
| 15 | | 37,6 -- 38,4 | | | | | |
| 16 | | 36,6 -- 36,9 | | | | | |
| 17 | | 36,9 -- 36,1 | | | | | |
| 18 | | 36,6 -- 37,6 | | | | | |
| 19 | | 37 -- 36,6 | | | | | |

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Urinas | Observações |
|-------|-------------|--------------|-------|-------|--------|------------------------|
| Maio | 20 | 36,4 — 38,6 | | | | |
| | 21 | 37,2 — 38,2 | | | | |
| | 22 | 36,6 — 36,9 | | | | |
| | 23 | 36,7 — 37,4 | | | | |
| | 24 | 36,6 — 37,7 | | | | |
| | 25 | 37,2 — 37 | | | | |
| | 26 | 36,6 — 37,4 | | | | |
| | 27 | 36,6 — 37 | | | | |
| | 28 | 36,6 — 36,6 | | | | |
| | 29 | 37 — 37,7 | | | | |
| | 30 | 37,2 — 37,6 | 120 | | | |
| Junho | 31 | 37,1 — 38,2 | | | | |
| | 1 | 36,9 — 37,7 | | | | |
| | 2 | 36,9 — 37,3 | | | | |
| | 3 | 36,9 — 37,3 | | | | |
| | 4 | 36,6 — 37,7 | | | | |
| | 5 | 36,4 — 37,4 | | | | |
| | 6 | 36,8 — 37,1 | | | | 51 ^{kg.} ,500 |
| | 7 | 36,6 — 37,2 | | | | |
| | 8 | 36,2 — 37,2 | | | | |
| | 9 | 36,6 — 37,1 | | | | |
| | 10 | 36,4 — 37,2 | | | | |
| | 11 | 36,6 — 36,9 | | | | |
| | 12 | 36,6 — 36,9 | | | | |
| | 13 | 36,6 — 36,6 | | | | |
| | 14 | 36,8 — 36,5 | | | | |
| 15 | 36,6 — 36,6 | | | | | |

TRATAMENTO.— Além do tratamento cirúrgico já indicado, a doente tomou de:

22-III a 17-IV— Injecções de sulfato de estriçnina e sulfato de esparteína.

31-III a 22-IV— Teobromina (3 H.).

22-IV a 3-v— Poção de estriçnina (3 c. s.).

3-v a 14-v— Injecções de cacodilato de sódio.

22-v a 8-vi— Poção de sulfato de estriçnina (2 c. s.).

13-vi a 26-vi— Glicero-fosfato de cálcio (2 H.).

RESULTADO.— Saíu curada a 26-vi-919.

OBSERVAÇÃO XVII

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma anginosa

Emília G., de 30 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus, da 2.^a clínica médica, a 12-IV-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Temperatura febril (38°,3), cefalalgias e astenia geral.

Dores na garganta exageradas pela deglutição, sensação de picada e rubor faríngeo, manchas pultáceas nas duas amígdalas. Tosse sêca. Dores no hemitórax esquerdo com ausência completa de sinais estetoscópicos.

Pulso tenso, amplo e freqüente. Estômago doloroso; ha 2 dias que não evacua.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu a 10 de Abril, brusca-mente, com arrepios, que se acentuaram no dia seguinte, aparecendo as cefaleias e dores de garganta

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Ha anos uma febre tifoide seguida duma angina. Na família nada de importante.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — Os sintomas regressaram rápidamente, assim como a temperatura, como pode ver-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|----------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Setembro | 11 | | | | |
| | 12 | 37,1 -- 38,3 | | | |
| | 13 | 36,2 — 36,7 | | | |
| | 14 | 36 — 36,1 | | | |
| | 15 | 36 — 36,3 | | | |
| | 16 | 36 — 36,4 | | | |
| | 17 | 36 — 36,8 | | | |

De 12-IV em diante a doente ficou apirética.

TRATAMENTO.— Resumiu-se num colutório iodado, gargarejos com água oxigenada e hóstias de glicero-fosfato de cálcio.

RESULTADO.— Saiu curada a 24-IV-919.

OBSERVAÇÃO XVIII

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma intestinal e bronquítica

Luiza M., de 56 anos, viúva, doméstica, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 22-IV-919 com:

ESTADO ACTUAL.— Temperatura febril, magreza, palidez e astenia geral. Lesões cutâneas características de sarna.

Em ambos os pulmões sarridos roncantes e húmidos de médias bolhas nas bases, tanto atrás como adiante. Nos vértices ligeiros sarridos húmidos. Nas bases e atrás, sub-macissez.

Eventração. Língua boa, apetite, timpanismo e diarreia. Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (90). Ruidos cardíacos ensurdecidos, sôpro sistólico no foco mitral. Gânglios inguinais hipertrofiados.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu há 3 semanas com febre, arrepios, cefalalgias, dores generalizadas, dispneia e tosse com expectoração. Desde o início, dores abdominais mais acentuadas na fossa ilíaca direita e diarreia, mantendo, contudo, sempre o apetite. Quando se internou vinha já bastante melhorada.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Sarampo em criança, febre tifoide aos 16 anos, um embaraço gástrico e erisipela aos 36. Teve 18 filhos, dos quais faleceram 13 em crianças, e os restantes são vivos e saudáveis. Conta 4 abôtos. Marido falecido com tuberculose. Pais falecidos de doença que ignora.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — Os sintomas descritos entraram em declínio gradual. Da evolução da temperatura avalia-se pelo quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|-------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Abril | 22 | — 38,7 | | | |
| | 23 | 36,7 — 37,1 | | | |
| | 24 | 36,4 — 37,1 | 88 | | |
| | 25 | 36,3 — 37 | 88 | | |
| | 26 | 36,2 — 37 | 84 | | |
| | 27 | 36 — 36,2 | 88 | | |
| | 28 | 36,4 — 37,2 | 90 | | |
| | 29 | 36,4 — 37,4 | 88 | | |
| | 30 | 36,5 — 37,5 | | | |

De 30-IV em diante a doente manteve-se apirética. A R. W. no sangue foi negativa (boletim de 29-IV).

TRATAMENTO. — De:

23-IV — Sulfato de sódio (30 gr.).

24-IV a 12-V — Poção de sulfato de estriçina (2 c. s.).

24-IV a 26-IV — Mostarda em envoltórios no hemitórax esquerdo.

15-V — Óleo de ricino.

RESULTADO. — A doente saiu curada a 20-V-919.

OBSERVAÇÃO XIX

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Amélia S. S., de 19 anos, solteira, criada, entrou para a sala do Espírito Santo da 2.^a clínica médica a 25-IV-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Temperatura febril (38°), suores, dores lombares e astenia geral.

Catarrho nasal e tosse com expectoração muco-purulenta. Atraz, na base do pulmão direito, submaciszez e ligeiros sarridos crepitantes, com alguns atritos pleurais mais acima, tanto atraz como adiante.

Língua saburrosa, apetite diminuído e obstipação de 2 dias. Pulso pequeno e freqüente. Lesões cutâneas características de sarna.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu, bruscamente, a 21-IV, com febre elevada, cefalalgias, dores generalizadas, dores lombares, insónias, arrepios, tosse sêca, epistaxes, suores e obstipação. Estes sintomas atenuaram-se rápidamente, entrando para o hospital já bastante melhorada.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA. — Variola em

criança, gripe epidémica em 1918. Pais e 7 irmãos vivos e saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES. — A 3-v já quasi todos os sintomas tinham regressado, ouvindo-se ainda algumas crepitações na base direita, atraz. A 6-v, os sinais estetoscópicos. Tinham desaparecido completamente.

Para a temperatura veja-se o quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|-------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Abril | 25 | 38 | | | |
| | 26 | 37,6 — 37,6 | | | |
| | 27 | 36,3 — 36,2 | | | |
| | 28 | 36,8 — 36,4 | | | |
| | 29 | 36,6 — 36,4 | | | |
| | 30 | 36 — 36,7 | | | |

A doente manteve-se apirética até saír.

TRATAMENTO. — De:

27-IV a 30-IV — Cataplasmas sinapizadas.

2-IV a 30-IV — Pílulas de terpina e codeína (3 p. d.).

RESULTADO. — A doente saíu curada a 6-v-919.

OBSERVAÇÃO XX

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Felisbela J., de 28 anos, solteira, criada, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 25-IV-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Febre (38°,1), cefalalgias, dores generalizadas e astenia. Emotividade fácil.

Dores torácicas, tosse com expectoração muco-purulenta

raiada de sangue, rêde venosa subcutânea do tórax desenvolvida. Inspiração rude nos dois vértices, com expiração soprada atrás; submacisnez na base do pulmão direito com murmúrio vesicular diminuído.

Língua ligeiramente saburrosa, obstipação. Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (108). Ligeiro sôpro sistólico no foco tricúspido. Diurese reduzida, urinas carregadas, pontos renais dolorosos.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Adoeceu em 22 de Abril, súbitamente, com cefalalgias, dores generalizadas mais acentuadas nos membros inferiores, arrepios e, no dia seguinte, pontada na base do tórax com expectoração sangüínea.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.—Saudável, varíola em criança, um filho que morreu de 3 anos com bronquite asmática. Pais falecidos de doença que ignora; teve 3 irmãos, dos quais um, gêmeo da doente, morreu de 7 meses, e os outros 2 são vivos e saudáveis.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.—Os sinais estetoscópicos desapareceram em poucos dias. A tosse desapareceu também. Ficou apenas a inspiração rude dos vértices com expiração soprada. Cúti-reacção positiva. Para a temperatura veja-se o quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|-------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Abril | 25 | | | | |
| | 26 | 36,6 — 36,7 | | | |
| | 27 | 36,7 — 36,1 | | | |
| | 28 | 36,8 — 37,5 | | | |
| | 29 | 36,1 — 36,8 | | | |
| | 30 | 36 — 36,6 | | | |

No tempo restante da sua hospitalização, manteve-se apirética.

TRATAMENTO. — De:

27-IV — Óleo de ricino (30 gr.).

29-IV a 3-V — Poção de dionina (4 c. s.).

29-IV a 3-V — Pílulas de terpinol e benzoato de sódio
(4 p. d.).

3-V a 12-V — Poção de sulfato de estricnina (2 c. s.).

RESULTADO. — Saíu curada a 12-V-919.

OBSERVAÇÃO XXI

DIAGNÓSTICO: Gripe de forma pneumónica

Adelaide G., de 20 anos, solteira, serviçal, entrou para a sala de Jesus da 2.^a clínica médica a 29-IV-919, com:

ESTADO ACTUAL. — Temperatura febril (38°,8), cefalalgias frontais, suores nocturnos, dores nos membros inferiores, na região lombar e na garganta.

Tosse com expectoração sangüínea; sensação de picadas pelo tórax; à frente, expiração soprada nos dois vértices e inspiração rude nas bases; atrás, nas bases, inspiração rude à esquerda e à direita, submaciszez com broncofonia, vibrações exageradas e murmúrio vesicular diminuído.

Pulso pequeno, hipotenso e freqüente (100); sons cardíacos vibrantes. Sêde intensa, anorexia, língua saburosa, ligeiro timpanismo abdominal e leve gorgolejo na fossa ilíaca direita.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Adoeceu a 22 de Abril com cefalalgias muito intensas, vômitos, fotofobia e temperatura elevada. Hospitalizou-se a 25, mas a doente diz não se lembrar

dêste facto por ter perdido os sentidos. Passou para a sala de Jesus a 29.

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE FAMÍLIA.— Sarampo e variola em criança. Pais vivos e saudáveis; 3 irmãos vivos e saudáveis e 1 falecido aos 6 anos.

OBSERVAÇÕES POSTERIORES.— A cúti-reacção foi negativa. Para a temperatura veja-se o quadro seguinte:

| Mês | Dia | Temperaturas | Pulso | Resp. | Observações |
|--------|-----|--------------|-------|-------|-------------|
| Abril. | 29 | 38,8 | | | |
| | 30 | 37,3 — 38,2 | | | |
| Maio | 1 | 36,9 — 36 | | | |
| | 2 | 36,2 — 36 | | | |
| | 3 | 36,3 — 36 | | | |
| | 4 | 36 — 36,5 | | | |

TRATAMENTO.— O tratamento foi feito pela poção de sulfato de estriçnina, glicero-fosfato de cálcio em hóstias, injecções de cacodilato de sódio e um colutório para a garganta.

RESULTADO.— Saíu curada a 8-v-919.

Resumo dos casos de Gripe na 2.^a clínica médica, no ano lectivo de 1919-20

Consultando os boletins da 2.^a clínica médica referentes aos doentes do ano lectivo corrente, encontramos o seguinte, que nos parece digno de menção:

Entre homens e mulheres entraram 12 gripados, dos quais uma mulher com 43 anos, e os restantes com idade oscilando entre os 14 e os 29 anos.

Houve 5 casos de forma broncopneumónica (os doentes Maria R. S., Ema F. B., José M., Bernardina R. e Antero F.); 4 de forma pneumónica, congestiva simples em 3 doentes (Margarida R., Maria D. e Maria R.) e com hepatização rubra noutro (Maria A. H.); 2 de forma intestinal predominante (Laura S. e Adelaide B.); e 1 de forma bronquítica (Leopoldina D.). Um caso de forma broncopneumónica foi acompanhado de pleurisia purulenta (Antero F.).

A expectoração sangüínea abundou (5 casos: 3 de forma broncopneumónica e 2 de forma pneumónica). A pontada aparece quasi sempre pouco violenta nas broncopneumonias (4 casos sobre 5) e é mais rara nas pneumonias (1 caso sobre 4). Neste caso de pneumonia com pontada (Antero F.), a temperatura caiu em lise e durou 13 dias, e os sintomas pulmonares foram precedidos de coriza nasal e angina.

Um caso de broncopneumonia teve duas recaídas na enfermaria (Maria R.).

Em 1 caso de broncopneumonia houve hemorragias uterinas com abôrto de 3 mêses (Maria R. S.), mas uma doente (Maria R.) entrou grávida de 6 mêses e a sua gravidez em nada foi prejudicada.

A obstipação ou diarreia com outros sintomas abdominais (dores na fossa ilíaca direita em 2 casos, v. g.) foram frequentes (obstipação 4 casos, diarreia 5). Das duas formas intestinais citadas uma foi acompanhada de diarreia e outra de obstipação.

Três casos foram acompanhados de otalgia (Maria D., José M. e Ema F. B.), e um de mastoidite que não necessitou intervenção (Ema F. B.). (1)

Três doentes tinham tido a gripe epidémica anteriormente: um (Ema F. B.) a gripe dos 3 dias, outro (Margarida R.) uma forma pneumónica, e o terceiro (Maria R. S.) uma forma renal, ao que parece (febre, arrepios, cefalalgias, edemas nos membros inferiores, etc.).

(1) Na 2.^a clínica cirúrgica passaram em 1918-19 vários doentes com mastoidites gripais, que necessitaram de intervenção.

II PARTE — Conclusões

CAPÍTULO I

Epidemiologia

O problema epidemiológico da Gripe, como o de qualquer doença epidémica e contagiosa, está directa e intimamente relacionado com o da sua etiologia e bacteriologia.

Em todas as transcorridas epidemias dos séculos idos, notavelmente na epidemia de 1889, que, partindo da Rússia e da Alemanha, rápidamente invadiu toda a Europa, numerosas investigações se fizeram, numerosas e díspares opiniões se debateram, sem contudo se chegar a acôrdo unânime.

A especificidade do coco-bacilo de Pfeiffer afirmada em 1892, foi negada por uns, mas aceite por outros, por aqueles que julgaram a sua significação etiológica na Gripe "établie avec toute la certitude désirable,,. (1)

De facto, dos diferentes germens inficiosos sucessivamente incriminados como agentes da Gripe (hematozoários, diplococos, estreptococos, etc.) foi o b. de Pfeiffer o que maior número de adesões conseguiu reunir, embora sempre continuasse contestado, como contestado fica ainda, após os numerosos trabalhos realizados durante a última e pavorosa epidemia.

(1) Kolle e Hetsch, La Bactériologie Expérimentale, Paris, 1911, T. I, pag. 432.

Efectivamente, nos dois últimos anos muito se trabalhou em todos os países, e, como em 89, vários germens foram sucessivamente dados como indiscutíveis agentes da Gripe epidémica. Na França, Netter, Legroux e outros continuam a responsabilizar o Pfeiffer, Marchadour e Denier o estreptococo, enquanto que Nicolle e Lebailly acreditam ter encontrado um vírus filtrante, vírus que escapa ao microscópio e ultramicroscópio e atravessa os poros dos filtros de laboratório.

Êste vírus filtrante merece especial referência. Numa primeira série de experiências, Nicolle e Lebailly inocularam produtos de expectoração gripal nas mucosas nasal e ocular de macacos, nos quais produziram uma doença febril com caracteres semelhantes aos da Gripe. Noutra série, inocularam os mesmos produtos, préviamente diluídos e filtrados pelas mais finas velas, obtendo os mesmos resultados, não só nas mucosas nasal e ocular, como ainda em injeções subcutâneas. Finalmente, na terceira série, foi o homem inoculado com resultados idênticos.

Por estas experiências, tão simples como sábiamente orientadas, concluíram os seus autores que a Gripe teria um agente, cujas condições de investigação e de identificação, o aproximavam dos agentes, também invisíveis e filtrantes, das febres eruptivas, da raiva, da peripneumânia dos bovídeos, etc..

E não é só na França que as opiniões divergem dêste modo: na Inglaterra, Alemanha, Itália, etc. sucede a mesma coisa.

Para uns o Pfeiffer é um saprófita banal, que se encontra tanto na Gripe como nas complicações respiratórias de outras doenças, nos escarros dos tuberculosos e até no líquido céfalo-raquidiano dos meningíticos; para outros a

sua especificidade fica desta vez bem confirmada; e outros querem ainda que a Gripe tenha uma bacteriologia complexa, que seja provocada por uma simbiose polimicrobiana, em que colaborariam quási todos os germens incriminados de gripogénicos com argumentos de valor.

Segundo esta doutrina, ecléctica e sintética, poder-se-iam associar o Pfeiffer, o vírus filtrante de Nicolle e Lebailly, o estafilococo, o estreptococo, o pneumococo, o pneumobacilo de Friedländer, o micrococcus aureus, etc., podendo, todavia, distinguir-se neste polimicrobismo germens fundamentais (Pfeiffer, pneumococo e estreptococo) e germens secundários (vírus filtrante, micrococcus catharralis, pneumobacilo, espiroquetas, etc.).

Esta hipótese não significa, evidentemente, apenas uma síntese de nova espécie, uma cómoda coordenação das mais heterogéneas opiniões, antes com razão se fundamenta nos resultados, indiscutivelmente verdadeiros, de muitas pesquisas discordantes, no complexo polimorfismo clínico da Gripe, e no conhecimento experimental da existência de simbioses microbianas. Assim, as culturas do Pfeiffer são mais fáceis e mais ricas, quando o associamos ao estreptococo. Assim é que nos casos graves o polimicrobismo é de regra, e não está provado que sejam mortais os casos de Gripe monogénea.

Trabalhos recentes de Bezançon e Legroux encaram o problema sob outro aspecto: o Pfeiffer seria o agente predominante da Gripe, embora no terreno por êle preparado uma rica flora microbiana possa ulteriormente multiplicar-se, exactamente como sucede nas tuberculosas pulmonares. Seria esta flora a causa da gravidade de certos casos, o motivo das complicações emergentes.

Em resumo, a etiologia da Gripe, ainda não indiscuti-

velmente assente, gira no momento actual em tórno de três hipóteses, valorosamente defendidas:

- I— A Gripe tem um agente específico: o coco-bacilo de Pfeiffer.
- II— A Gripe não tem agente específico: vários agentes se associam para a determinar.
- III— A Gripe epidémica resulta do b. de Pfeiffer, saprófita exaltado pela acção de outros micróbios.

¿Por qual das hipóteses nos deveremos inclinar?

Com segurança, não o sabemos, decerto. Mas a verdade é que o sr. Dr. Nicolau Bettencourt encontrou o b. de Pfeiffer em 57,6 % das análises que fez à expectoração de gripados, e que, no estrangeiro, Netter e outros bacteriologistas o encontraram em proporções aproximadas, não só nos produtos de secreção, como, nas autópsias, no conteúdo dos brônquios e no suco pulmonar. (1)

A verdade é que o argumento capital contra a especificidade do Pfeiffer— a sua freqüente ausência nas secreções nasais e brônquicas— não implica a sua ausência simultânea no parênquima pulmonar, como também a ausência do b. K. na expectoração dum doente clinicamente tuberculoso não pode excluir a hipótese bacilar, e muito menos contradizer a sua significação etiológica.

Parece-nos, porisso, que a hipótese da especificidade do b. de Pfeiffer, certamente a mais discutida, sendo a mais geralmente consagrada, é também a mais provável, como

(1) A. Netter, L'épidémie d'influenza de 1918, in Paris Médical, 1918, n.º 46.

provável é também o seu saprofitismo, e a intervenção de outros agentes nas complicações da Gripe.

*

*

*

Mas ao lado da causa microbiana, inficiosa e eficiente, há também a considerar as causas adjuvantes e predisponentes. Parece-nos terem influído, como tal:

a) *Tempo chuvoso e húmido ou seco e frio*:— A Gripe ataca de preferência o aparelho respiratório e é banal noção de higiene a influência, que estas circunstâncias meteorológicas tem na sua patologia.

b) *Acumulação de pessoas*:— Êste facto facilita, evidentemente, a disseminação gripal pelo contágio inter-humano, e sabido é que os primitivos focos gripais apareceram nos quartéis em muitas localidades: infantaria 6, no Pôrto, infantaria 13 em Vila Rial, etc., etc.. É também natural que a aglomeração dos combatentes no tremendo campo de batalha, em que a Europa estava então convertida, não fosse indiferente ao estalar da epidemia, como igualmente influiu na epidemia de 89 a exposição universal de Paris.

c) *Má higiene individual e habitacional*:— Êste factor influi na eclosão dum grande número de doenças, e porisso também na eclosão da Gripe. É verdade que o snr. Dr. Almeida Garrett (1) diz ter tido a impressão de não serem as classes pobres mais castigadas do que as ricas, mas, sem querer contestar a veracidade desta impressão do ilustre pro-

(1) Dr. Almeida Garrett, Contra a epidemia de gripe pneumónica em 1918 no norte do país, in "Portugal Médico", 3.ª série, vol. V, pág. 670.

fessor, parece-me provável que a Gripe não faça excepção ao que a respeito das habitações imundas, sem ar, nem luz, diz um higienista francês: (1) "C'est là qui s'élaborent toutes les infections qui périodiquement désolent les populations urbaines . . .". E mais adiante: "De ces taudis . . . où gisent, sur des grabats, des petits étranglés par la diphtérie ou grelottant quelque fièvre éruptive, sortent aussi des vêtements, des parures, des jouets, qui vont pénétrer dans vos hôtels, et y introduiront, comme le cheval de Troie, des colonies de microbes infectieux . . .".

É possível que uma vez a epidemia estalada, não tivesse preferência por ricos ou pobres, por aqueles mesmo cuja higiene fôsse modelar ou nula, mas as suas origens buscaram-se nos quartéis cuja higiene não é decerto um modelo, os micróbios preferem para a sua pululação as casas imundas, de ar viciado, nunca banhadas de luz, para daí irradiarem, unindo depois pobre e rico numa solidariedade fatal, que os faz suportar igualmente os grandes males colectivos. Todavia, o sr. Dr. Ricardo Jorge afirma que a epidemia pesou mais sobre os humildes. (2)

d) *Resfriamentos*:—Porque provocam congestões viscerais, favorecem assim a localização microbiana.

e) *Contágio inter-humano*:—Casas houve, e muitas infelizmente, onde todas as pessoas adoeceram, e onde uma criada que entrasse rapidamente se contagiava. Parece mesmo que o contágio directo foi a regra e o indirecto a excepção. A difusão epidémica segue o curso do homem, acompanha os soldados licenceados, vai com os trabalhadores rurais,

(1) Dr. J. Héricourt, "L'Hygiène Moderne", Paris, 1914, pág. 161.

(2) Dr. R. Jorge, A Gripe, in "Portugal Médico", 3.ª série, vol. V, Maio de 1919.

chega com os marinheiros aos portos de mar e com os banhistas às estações termais e praias (migração militar, popular, agrícola, balnear e naval) (1), sem que nenhum agente particular possa com segurança incriminar-se de ser o vector morbífico.

O doente, falando ou tossindo, projecta gotículas líquidas tão minúsculas, que podem conservar-se na atmosfera durante algum tempo, contagiando assim as pessoas que as respirarem. Se considerarmos que a Gripe pode revestir formas ambulatórias e frustes, que os indivíduos imunizados por um ataque anterior podem ser porta-bacilos, teremos compreendido como, mesmo com um contágio inter-humano exclusivo, a epidemia pudesse tomar tal expansão que se transformasse em pandemia. E as gotículas líquidas contagiantes não são uma hipótese, são um facto, pois que, colocando caixas de Petri com meios de cultura próximo dos doentes e a distâncias variáveis, se obtiveram colónias microbianas, com os micróbios das secreções naso-laringo-brônquicas. (2)

f) *Depressão moral e física produzida pelo estado de guerra*:—As guerras são sempre acompanhadas de epidemias, e o grande conflito europeu, a maior de todas as guerras, não fez, a-pesar-de todos os progressos da hygiene, excepção á regra. Entre nós, foi a Gripe, importada, e o tifo exantemático, possivelmente sem importação. A guerra trouxe a crise de subsistências e a crise de habitações: isto é, a depressão física, a falta de hygiene habitacional a que nos referimos, com a consequente acumulação de individuos na

(1) Dr. Ricardo Jorge, id., id..

(2) Dr. Tiago de Almeida, Lições clínicas de 1918-19.

mesma habitação. A guerra semeou o luto, a dor, o sofrimento, isto é, a depressão moral que predispõe, como se sabe, à doença.

¿Serão estes factores de desprezar? Diz o snr. Dr. Ricardo Jorge (ob. cit.) que de maneira nenhuma as ressacas epidémicas se agravaram em consequência da depressão moral e alimentar produzida pela guerra, pois que as condições não mudaram sensivelmente de Junho e Julho a Setembro e Outubro de 1918. Pode, de facto a guerra não ter influido no agravamento da segunda onda epidémica, mas não nos parece que se possa negar que a guerra tornasse o meio propício ao desenvolvimento das duas ressacas, embora por motivos desconhecidos, mas não inéditos já, a segunda fosse mais grave que a primeira.

g) *Disseminação na atmosfera de gazes resultantes da putrefacção de cadáveres*:— Êste factor etiológico, a ser verdadeiro, como o pretende Trillat, (1) seria o que mais directamente viria relacionar a grande guerra com a tremenda pandemia gripal. Nos campos de batalha os mortos eram às centenas, muitas vezes insepultos, e da sua putrefacção ao ar livre resultava a emanação de princípios voláteis que tornavam a atmosfera apta à pululação dos agentes da Gripe e suas complicações. Como as condições topográficas e outras variavam de lugar para lugar, a permanência destes princípios na atmosfera poderia ser mais ou menos demorada, e, por isso mesmo, os agentes mais ou menos numerosos, como Trillat concluiu das suas investigações. Assim se explicaria que a Gripe aparecesse em certas regiões e faltasse noutras, que surgisse em focos disseminados e distantes simultâneamente, arrastado o seu vírus pelos ventos.

(1) Cit. pelo snr. Dr. Tiago de Almeida, in id., id..

E, a existir o vírus gripal nas atmosferas dos campos de batalha, possível seria também, uma vez iniciada a epidemia, que noutras atmosferas pudesse viver e por todo o mundo se disseminasse. Compreender-se-ia assim como as condições topográficas de certas regiões lhes poderia permitir serem poupadas, e a possibilidade de pouparmos outras, desde que as premuníssemos contra as correntes atmosféricas infectantes. ¿Não seria por êste meio que o Amieiro, (1) pequena povoação de 400 habitantes do concelho de Alijó, rodeada por todos os lados de freguesias onde a Gripe grassava impiedosa, conseguiu escapar aos seus horrores? De facto, os habitantes do Amieiro, logo que a seu lado o incêndio gripal se ateou, acenderam fogueiras em toda a volta da sua aldeia, mantendo-as acesas enquanto o flagelo não desapareceu das visinhanças. ¿Não seria êste o fogo sagrado que os protegeu? ¿Não desviariam estas fogueiras as correntes atmosféricas portadoras da morte? *Nescimus*.

h) *Idade adulta*:—Ao contrário de outras epidemias passadas, a de 1918 atacou de preferência os indivíduos novos e robustos, poupando relativamente os velhos e as crianças. Prova-o o conjunto das nossas observações e a estatística do sr. Dr. Ricardo Jorge (2) sôbre os doentes dos hospitais civís de Lisboa. É verdade, porém, que nos indivíduos atingidos a mortalidade aumenta com a idade, o que não é de estranhar, pela decadência orgânica de que a velhice é sempre acompanhada. ¿Explicação do facto? ¿Imunidade adquirida por ataques anteriores? ¿Mas então porque foram também relativamente poupadas as crianças? ¿Porque não sucedeu o mesmo em 1889?

(1) Facto citado pelo snr. dr. Tiago de Almeida, in id., id..

(2) Ob. cit..

*

* *

É próprio das doenças inficiosas conferirem a *imunidade*, e a Gripe epidémica conferiu-a também. Atravez das nossas observações uma ou outra recidiva se conta, mas em casos benignos, como o foram duma maneira geral todos os de recidiva.

Conquanto a imunidade seja uma função do tempo, numerosos factos demonstraram a sua existência no transcurso da última epidemia. Foi regra escaparem à "pneumónica,, as pessoas atingidas pela "espanhola,,. Assim na Casa Pia de Lisboa, em que viviam 481 estudantes, 300 foram atingidos em Junho, e em Setembro e Outubro nem um só caso de pneumonia se mostrou (¹). Caso idêntico cita o sr. Dr. Almeida Garrett sucedido com a sua família (²).

A demonstração experimental de que a Gripe confere a imunidade e num praso bem curto, foi feita pelo Dr. Dujarric de Larivière do modo seguinte: desfibrinou o sangue dum gripado, filtrou-o e inoculou-se com 5^{cc}; 3 dias depois teve a gripe que curou em 6 dias; 10 dias depois pincelou a garganta com a expectoração brônquica dum gripado, sem que surgisse qualquer perturbação.

*

* *

Vistas assim as condições que podem influir no grau de epidemicidade da gripe, fixemos agora os caracteres gerais das suas epidemias e, particularmente, os da de 1918.

(¹) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(²) Dr. Almeida Garrett, ob. cit., pág. 665.

Como caracteres gerais temos:

a) *A Gripe é uma doença que grassa epidemicamente há muitos anos.* Não nos propomos fazer aqui a história das epidemias passadas, mas êste facto, por banal, não necessita demonstração: desde o século XII (1173), que a Europa tem sido periódicamente atravessada em todos os séculos por epidemias gripais, com tanta regularidade, que alguns autores tem procurado estabelecer a duração dos seus ciclos (1), de 10 em 10 anos, de 20 em 20 anos, etc.. A epidemia de 1729-33 percorreu duas vezes o mundo. A primeira descrição da doença (1387) parece ser devida a um português, Valesco de Tarento (2), professor de medicina em Montpellier, que não usou, todavia, nessa altura, nenhum dos nomes hoje mais empregados — Gripe e Influenza — cujo uso é de data mais recente (1742).

b) *As grandes acumulações de povo são um importante factor etiológico das epidemias gripais.* Já atraz salientamos êste facto, como factor etiológico individual, e parece-nos que deve também, e fundamentalmente, ser considerado como causa da eclosão epidémica. ¿Pois seria impunemente que se juntaram nos campos de batalha soldados vindos de todos os recantos do mundo? ¿Seria indiferente à eclosão epidémica de 89 a exposição universal de Paris?

c) *O diagnóstico de Gripe é negado ao despertar da epidemia.* Êste facto deu-se em Portugal, quando na primavera de 1918 os primeiros casos benignos, casos de “espanhola”, grassaram no país. Alguns clínicos, tendo à frente os snrs. Drs. Carlos França, Carlos Ramalhão e Américo Pires de Lima, puzeram e sustentaram o diagnóstico de *febre dos*

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) Piga y Lamas, Infecciones de tipo gripal, T. I, pág. 10.

3 dias ou febre dos Pappattaci, acreditando ter encontrado e classificado o mosquito transmissor, o *Phlebotomus Papatasi*, Scopoli. Esta mesma opinião foi sustentada em outros países, como na Espanha, e na Italia por De Napoli e Sampietro.

Em Espanha, o Dr. Sanchez de Val sustentou que sob o nome de Gripe se teem agrupado doenças várias, e que a doença epidémica reinante era uma doença nova.

Diga-se, por honra nossa, que o snr. dr. Ricardo Jorge sustentou de início o verdadeiro diagnóstico.

Factos idênticos teem sucedido em epidemias anteriores.

d) *A marcha epidémica da Gripe faz-se de norte para sul e de este para oeste.* Assim sucedeu em 1889 ⁽¹⁾ e assim vem sucedendo desde 1730. ⁽²⁾ Assim sucedeu também em 1918, pois que a epidemia invadiu a Europa pela Rússia e Alemanha, seguiu de Espanha para Portugal, último país europeu invadido, por estar situado no extremo sudoeste da Europa. Daqui seguiu para a África e América, tomando o caracter de verdadeira pandemia.

e) *Uma onda epidémica benigna precede às vezes o aparecimento das formas graves.* As formas graves pneumónicas de Setembro e Outubro foram precedidas de formas ligeiras de Gripe simples, designada então pelos "sobriquets", de "espanhola", e "bailarina",. Rápida e benigna era a sua evolução: tão rápida, que alguns a quizeram diagnosticar de febre dos 3 dias, e tão benigna que, a-pesar-do grande número de epidemiados, ninguém se preocupou com ela, senão aque-

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) F. J. Collet, Précis de Pathologie Interne, Paris, 1914, T. II, pág. 710.

les que, como o snr. Dr. Ricardo Jorge (1) previram um retôrno ofensivo mais severo, cuja malignidade estavam, todavia, longe de supor.

Um facto análogo succedeu em 1580, (2) com uma epidemia que foi a "imagem mais viva,, do cataclismo de 1918, que em Barcelona atacou em 10 dias 20.000 pessoas, e só em Roma ceifou 9.000 vidas.

Como caracteres particulares, embora não exclusivos, da passada epidemia, cumpre assinalar:

I) *A altíssima contagiosidade.* Casas houve em que simultâneamente adoeceram todas as pessoas, povoações em que nenhuma casa escapou, como se prova mesmo pelos jornais de então. Porisso, diz o snr. Dr. Almeida Garrett: (3) "... é ponto de fé para mim, que só se conservaram sãos os refractários por natureza, tão avassaladora foi a contagiosidade...,,. Porisso, o snr. Dr. Tiago de Almeida (4) citou o caso duma criada entrar para uma casa onde havia doentes, e cair com 40° de temperatura no dia seguinte. O pessoal médico e de enfermagem foi altamente atingido, etc..

II) *Notável rapidez de difusão epidémica.* Não se pode afirmar que a sua velocidade de propagação excedesse a dos meios de transporte, e não se relacionasse com a densidade populacional, como Grasset (5) demonstrou para epidemia de 89, e como não pode deixar de admitir-se, admitindo que o

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) Dr. Ricardo Jorge, id., id..

(3) Dr. Almeida Garrett, ob. cit. pág. 665.

(4) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(5) J. Grasset, Leçons de Clinique Médicale, Novembre 1886 à Juillet 1890.

contágio inter-humano predomina. A rapidez com que todo o nosso país foi atingido de norte a sul e a extrema expansão da epidemia são factos bem comprovantes.

III) *Carácter pandémico.* A Gripe grassou em todo o mundo, percorreu todos os continentes e foi às ilhas mais longínquas e escondidas.

IV) *Evolução cíclica da intensidade epidémica.* A curva da sua morbidade seguiu, duma maneira geral, a curva traçada em 89 (1) por Leichstern, curva simétrica com três períodos: ascensão, estágio e declinação. Na duração destes períodos é que nem todos os autores estão de acôrdo: uns querem que esteja em relação com as condições da população atacada, outros (Dr. Ricardo Jorge) dizem que o período de ascensão durou duas semanas, o de estágio três e o de declinação duas. Chauffard assinala para cada período uma duração de 2 a 6 meses. Às ondas epidémicas sucedem-se sempre casos isolados, endémicos, em rosário: são dêsses casos aqueles a que me refiro na I parte, e passaram pelas salas da 2.^a clínica médica em 1919-20.

V) *Gravidade geral da epidemia.* A sua gravidade traduz-se, não só na sua morbidade, como também na sua malignidade e mortalidade. Se a epidemia foi benigna em algumas povoações, noutras foi duma crueldade aterradora: logares houve, no segundo retôrno ofensivo, onde a mortalidade foi de 50 % dos epidemiados (2). O sr. Dr. Ricardo Jorge (3) computa em 40.000 o excesso de óbitos no nosso país. Na ilha de S. Miguel (4), 15 dias depois dos primeiros

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(3) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(4) Id., id..

ataques, deram-se numa semana mais de 4.000 casos, tendo a cidade uma população de 7.800 habitantes.

VI) *Carácter ondulatorio da gravidade epidémica.* Cada ressaca epidémica segue a evolução cíclica descrita, mas após uma ressaca outra pode vir, de maior ou menor gravidade, facto êste que tem a maior importância para o higienista. Em nossa casa, as designações populares de “espanhola,, e “pneumónica,, provam bem êste facto. Também o assalto de 1890 foi mais ofensivo que o de 1889. Ao carácter ondulatorio no tempo, juntou-se o carácter ondulatorio no espaço: o Pôrto, por exemplo, foi mais poupado que as províncias (¹).

VII) *Preferência pelos adultos.* Foi uma das notas predominantes da passada epidemia, nota que contrasta com o sucedido nas epidemias de 1729 e 1889, que escolheram, de preferência, as suas vítimas entre os velhos e as crianças.

VIII) *Aparição brusca da doença.* A bem dizer, cada uma das nossas observações é uma prova desta asserção. De quási todos os doentes dizemos, *adoeceu bruscamente...*

IX) *Aparição da epidemia em pequenos focos disseminados.* No Pôrto foi em infantaria 6 que apareceram os primeiros casos, transportados de outro pequeno foco existente em Gaia. Em Paris deu-se um caso idêntico, e em quási todas as nossas povoações se pode constatar o mesmo facto da aparição circunscrita. ¿ Não se queixava um jornal de Vila Rial (²) de se não ter circunscrito a epidemia ao quartel de infantaria 13, quando ela ali surgiu?

(¹) Dr. Almeida Garrett, ob. cit. pág. 670.

(²) Dr. Almeida Garrett, id., id..

CAPÍTULO II

Caracteres clínicos

Após a epidemia de 1889, Potain ⁽¹⁾ definia a Gripe: *doença epidémica com catarro das vias respiratórias e, secundariamente, das vias digestivas, acompanhada de fenómenos gerais e perturbações nervosas não em relação com a gravidade real da doença.*

Esta definição aplica-se, pois, apenas às formas benignas, e é perfeita para a “espanhola,, que primeiro assolou o nosso país. Evidentemente que a “pneumónica,, não pode estar incluída, não só pelas numerosas complicações que a acompanhavam, mas também porque a sua gravidade real era patentemente aterradora.

Os casos de Gripe benigna tinham, como sintomas habituais: ⁽²⁾ *início brusco; febre elevada; cefalalgias violentas; prostração geral; desfervescência rápida e, por vezes, sinais de bronquite leve.*

A desfervescência fazia-se ordinariamente em 3 dias, e daí o diagnóstico, muito discutido, de “febre dos 3 dias,,.

⁽¹⁾ Citado pelo snr. Dr. Tiago de Almeida, id., id..

⁽²⁾ Dr. Tiago de Almeida, id., id..

Estas formas, rápidas e leves, persistiram durante a "pneumónica,, aumentando a gravidade da epidemia, já pelo número de epidemiados, já pelas complicações emergentes.

As formas graves de Setembro e Outubro tinham, como se vê das nossas observações, uma sintomatologia mais complexa, e mesmo as formas febris, nervosas, sem manifestações respiratórias, duravam bem mais que os 3 dias da "espanhola,,. Assim é que uma das nossas doentes (obs. IV), tendo apenas o síndrome febril e alguns sintomas nervosos, se demorou na enfermaria cêrca dum mês.

A Gripe, como todas as doenças inficiosas, particularmente as agudas, tem a sua evolução marcada em períodos, como a febre tifoide ou a pneumonia, e mesmo, a-pesar-da sua marcha arrastada, a tuberculose ou a sífilis. Para a Gripe temos:

I. *Período de incubação.* É muito curto, a ponto de em alguns casos quási se lhe não poder fixar o número de horas. Era freqüente ver pessoas chegarem junto dum doente e adoecerem no mesmo dia. (1) Casos houve quási sem incubação, mas, como número médio, podemos fixar 24 horas (2), porque algumas vezes foi além delas, até 48 e 72.

II. *Período de invasão.* Durou em média 2 ou 3 dias (v. obs. III, IV e XIV), e apresentou-se, freqüentemente, com os sintomas seguintes:

Arrepios; cefalalgias; febre elevada; congestão das conjuntivas; coriza; inantema doloroso da faringe e amígdalas; tosse ligeira e sêca; eretismo cárdio-vascular; astenia, sobretudo muscular; início brusco; tristeza e facies contraída.

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) E. Boix, Gripe, in Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale.

Não se torna aqui necessário chamar a atenção para as nossas diferentes observações, porque, duma maneira geral, êstes diferentes sintomas se encontram na "história da doença,, em cada observação, a não ser a coriza e o inantema faríngeo, que apenas mencionamos nas obs. XIII, XVII e num caso de 1919-20.

III. *Período de estado.* A sua duração andou entre 4 a 8 dias, em média. Assim a doente da nossa obs. III vê cair a sua temperatura ao fim de 8 dias, a da obs. IV ao fim de 5, a da obs. XV ao fim duma semana, etc.. Em alguns casos êste período foi mais longo: assim as doentes das nossas obs. I e II mantêm elevada a sua temperatura cêrca de 2 semanas, o doente da obs. VIII está de cama durante um mês, etc..

Os sintomas durante êste período foram, em conjunto:

Novos arrepios; grande elevação térmica, contínua ou com ligeiras remissões matinais; disфонia; sarridos crepitantes basilares e bilaterais; atritos pleurais; tosse com expectoração mucosa ou muco-purulenta, sanguinolenta ou não; pontada ausente ou leve; dispneia violenta, sem relação com os sinais estetocópicos; cianose (nos casos de edema ou congestão pulmonar violenta); taquicardia e, por vezes, pulso dissociado da temperatura; hipotensão com sons cardíacos ensurdecidos; epistaxes freqüentes; língua saburrosa, opalina ou esbranquiçada; anorexia; obstipação ou diarreia; prostração maior; suores; algias moderadas com cefaleias mais violentas; oligúria; albuminúria e urinas com cheiro semelhante ao da expectoração e suores.

Toda esta sintomatologia se encontra dispersa nas nossas observações, com excepção da albuminúria e dos sinais de edema pulmonar, que não encontramos, felizmente nos casos hospitalares, mas que nem porisso deixaram de

ser freqüentes. ¿Quantos indivíduos são e robustos não foram vitimados abruptamente por uma intensíssima congestão pulmonar, ou pelo edema que os asfixiou? ¿Não foram desta natureza os primeiros casos de Gaia, que chegaram a levantar a suspeita de peste pneumónica? ¿Não teria sido vitimado por êste modo, em três escassos dias, o nosso saudoso amigo e colega, Dr. Baltazar Ribeiro? É o que concluimos das pormenorizadas informações que nos deram.

IV) *Período terminal—cura ou morte.* A convalescença anunciava-se ordinariamente em crise, com:

Queda brusca da temperatura; poliúria; suores e diarreia.

Era uma convalescença arrastada, acompanhada dum período longo de *prostração, pulso hipotenso, anorexia e tosse persistente com expectoração hemorrágica.* Também as recaídas e complicações emergentes abundaram, pleurísias, bronquites, etc. (v. obs. I, IV, V, VI, VII, etc.).

Os sintomas de convalescença não punham, pois, o doente ao abrigo de acidentes mortais, e assim, quando menos se esperava, doentes houve que sucumbiram por insuficiência suprarrenal (1).

Pelo contrário, a morte surgia com o cortejo seguinte: (2)

Febre elevada; adinamia, estupor ou coma; delírio; língua sêca, tostada, escuro-amarelada; sinais de endo e miocardite; hemorragias (epistaxes, hematemeses, melena, metrorragias, otorragias, etc.); edema intenso dos pulmões; colapso cardíaco e albuminúria abundante.

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) Id., id..

*
*
*

Alguns sintomas dos mencionados merecem que os analisemos mais detidamente.

TEMPERATURA.—Alguns casos houve que evoluíram sem febre, ou quási, simplesmente com catarro das vias respiratórias, astenia e algias moderadas, como, por exemplo, os citados pelo snr. Dr. Almeida Garrett, na sua família (¹). A temperatura podia ter uma duração curta, 2 ou 3 dias, como succedeu a princípio com a “espanhola,, ou demorar, como em vários casos das nossas observações (obs. II, IV, XII, XIII, etc.).

A elevação térmica era rápida, brusca; a queda em crise, como já citamos, (V. obs. XVII, XVIII, XX e XXI), ou em lise, regular e definitiva (obs. II, IV, XV, XIX, resumo dos casos de 1919-20).

As remissões matinais são comuns em quási todas as nossas observações, mas umas vezes a curva mantêm-se em platô mais ou menos elevado (obs. I, IV e XIII), outras sofre uma depressão em v (obs. III e XX), e outras, ainda, segue uma curva ondulante com notadas inflexões que se repetem, mais ou menos abreviadamente (obs. I, IV e pleurisias gri-pais).

A curva apresentava freqüentemente, dois dias depois da queda, uma nova elevação, inferior à inicial, característica da Gripe e devida talvez a uma secundária pululação do seu agente (obs. II, por exemplo). Facto idêntico notou o snr. Dr. J. A. Pires de Lima (²).

(¹) Dr. Almeida Garrett, ob. cit., pág. 665.

(²) Dr. J. A. Pires de Lima, Notas sôbre a epidemia gripal, in “Portugal Médico,, Novembro 1918.

Nos casos graves havia, por vezes, oscilações notáveis, de 38° a 40°, ou da apirexia a 40°, com colapsotermia consecutiva.

As pleurisias gripais, ordinariamente tórpidas e arras-tadas, apresentavam períodos de temperatura subfebril com fracas oscilações, ou mesmo de apirexia, seguidos de outros com exacerbação vespéral acentuada e notável remissão matutina (obs. V, VI, IX, X, XI e XVI). Estas remissões características estão de acôrdo com a forma purulenta de quasi todos os casos observados.

ALGIAS. — A Gripe é uma doença particularmente álgica. As *cefalalgias* eram constantes, tenazes e violentas, supra-orbitárias muitas vezes. As *dores lombares* (obs. I, IV, X e XIX), menos freqüentes, não eram, todavia de modo algum excepcionais. As *mialgias* eram, a bem dizer, constantes, quasi não havendo doente nas nossas observações que se não queixasse de “dores generalizadas mais acentuadas nos membros inferiores,, acompanhadas de sensações diferentes, como picadas (obs. III, etc.), ou esmagamento mais geralmente. As *dores abdominais*, foram mais raras (obs. XIV e casos de 1919-20), porque também os casos de Gripe abdominal foram em pequena proporção.

É notável, que a Gripe, com a sua tão acentuada tendência álgica, e a sua conhecida preferência pelo aparelho respiratório, se localizasse muitas vezes nos pulmões e pleuras, sem pontada ou com dor leve (obs. III, VIII, XIII e resumo dos casos de 1919-20). Todavia as *dores torácicas* apareceram também, particularmente, nos casos de pleurisia (V. obs. I, II, V, VI, VII, XIV e resumo dos casos de 1919-20), embora quasi sempre sem a violência e carácter lancinante, que costuma ter a pontada típica dos pneumónicos.

HEMORRAGIAS. — Ao lado da tendência álgica deve colocar-se a tendência hemorrágica da Gripe. Com efeito, uma doente das nossas observações (obs. III) adoeceu com *epistaxes*, e teve epistaxes violentas e repetidas enquanto durou a doença. Com uma criada minha, que teve uma forma bronquítica ligeira sucedeu o mesmo, e foi esta, decerto, a hemorragia mais trivial na clínica da Gripe.

As *hemoptises* francas não eram raras e a *expectoração sangüínea* freqüente (obs. I, XX e XXI). A tendência hemorrágica era tal, que, mesmo na convalescença, bronquíticos gripais havia, cujos *escarros e muco nasal eram estriados de sangue* (eu próprio, que tive a Gripe em 1920, me posso apresentar como exemplo).

Mênstruos prematuros se assinalaram e os *abôrtos* ou *partos prematuros* por hemorragia uterina (obs. VII e casos de 1919-20) foram tão freqüentes que de algumas aldeias e duma vila do Norte tive eu a informação de que as grávidas se negavam a chamar o médico, ou o enganavam não tomando os medicamentos, por correr entre o povo, que os médicos, não sei com que fins malévolos, davam remédios abortivos. ¿Teria o povo razão? ¿Não teria alguma vez sido imprudentemente ministrada a quinina, por exemplo? Não o acreditamos, porque, mesmo com todos os cuidados, os abôrtos se produziam. Assim o sr. Dr. Assis Brito, Filho, publicou a observação de quatro casos, três dos quais se salvaram, é certo, mas em que houve um abôrto e dois partos prematuros, a-pesar-de não usar a quinina e fazer a terapêutica desintoxicante que aconselha. (1)

Outras hemorragias foram ainda observadas (2) tais

(1) In "A Medicina Contemporânea.", n.º 9, Março de 1919.

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id.

como: *pleurisias hemorrágicas* (obs. X), *enterorragias*, *melenas* e *hematúrias*.

Esta tendência foi ainda marcada por erupções ⁽¹⁾ como inantemas da mucosa palatina e faríngea (obs. XIII e XVII), ou exantemas, manifestados em eritemas difusos, de pequenas manchas, quer mobiliformes, quer escarlatiniformes. Uma doente da clínica particular do snr. Dr. Tiago de Almeida, ⁽²⁾ que teve uma Gripe de forma bronquítica generalizada, mostrou ao terceiro dia da doença uma erupção eritematosa acompanhada de prurido intenso. Todavia, o fenómeno cutâneo mais constante foram sem dúvida os suores, assinalados em quási todas as nossas observações.

PERTURBAÇÕES CÁRDIO-VASCULARES. — Os fenómenos vásculo-cárdiacos da Gripe nada tiveram de notável: foram os fenómenos próprios de qualquer infecção geral, modificados pela evolução da doença com um certo grau de miocardite, ou pelas suas complicações pulmonares, renais e suprarrenais.

O princípio da doença era, ordinariamente marcado por um certo grau de *eretismo cardíaco inicial* (V. obs. I, III, XV, etc.), com *depressão cardíaca* consecutiva (V. obs. V, VI, VII, IX, etc.), acompanhada de pulso pequeno, hipotenso, frequente e instável.

As palpitações (obs. VI e VIII) não foram raras, bem como outras perturbações, ⁽³⁾ tais como: *augústia precordial*, *lipotimias*, *crises de taquicardia paroxística*, *dilatação do coração direito*, *galope direito*, *galope esquerdo* e *intermittências*.

⁽¹⁾ Dr. Tiago de Almeida, id., id..

⁽²⁾ Id., id..

⁽³⁾ Id., id..

PERTURBAÇÕES HEMÁTICAS.—A palidez dos tegumentos e mucosas, denunciadora de anemia, era comum (V. obs. V, VIII, IX, XI, XII, XIV, etc.). A análise do sangue, pedida apenas uma vez, revelou (obs. IX) uma considerável diminuição de glóbulos rubros (3.840:000) e da percentagem de hemoglobina (40 %), com hiperleucositose (18:500 glóbulos brancos).

A hiperleucocitose e anemia constatadas neste caso, foram, por várias vezes, postas em evidência noutros, de modo a poderem ser consideradas como as perturbações hemáticas mais correntes. (1)

ASTENIA.—É a Gripe uma doença profundamente astenizante. A *astenia geral* surge desde o 1.º dia (V. obs. IV, XII, etc.), e é quasi sempre um sintoma em evidência, ao fim de poucos dias, como se prova pela grande maioria das nossas observações.

Além da astenia geral, a astenia visceral foi também freqüente atingindo em regra, o coração, o estômago, o intestino, bexiga e cápsulas suprarrenais. Já falamos da *astenia cardíaca*, e um caso curioso de *astenia vesical* foi observado pelo snr. Dr. Tiago de Almeida (2) num doente da sua clínica particular: o doente não tinha dores, não tinha mesmo a sensação de plenitude, a-pesar-da sua bexiga se encontrar cheia e distendida. Casos destes merecem ser observados cuidadosamente, porque chamam inutilmente a atenção para os rins e não podem resolver-se com diuréticos.

A *astenia suprarrenal* com insuficiência era muito de temer, mesmo na convalescença, como já fizemos notar, podendo originar acidentes imprevistos e mortais. Porisso

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) Id., id..

aqui chamamos a atenção para os seus sintomas — hipotensão, diarreia ligeira, náuseas, dores lombares, suores, astenia profunda e linha branca suprarrenal de Sergent — particularmente para êste último sintoma, o mais característico, porque os restantes se diluem um pouco na sintomatologia gripal ordinária.

A astenia suprarrenal reclama a terapêutica opoterápica respectiva.

A *astenia renal*, com oligúria sómente (V. obs. I, III, V, IX, etc.), ou com oligúria e albuminúria, foi tão freqüente, que pode considerar-se como sintoma habitual da Gripe.

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS. — A obstipação e a diarreia eram habituais (V. obs. II, IV, VIII, X e resumo dos casos de 1919-20), conquanto as formas de sintomatologia abdominal predominante não fossem muito comuns (2 em 1919-20).

Há, todavia, um sintoma freqüente, que pelo seu valor prognóstico, revestiu muita importancia — o aspecto da língua quasi sempre saburrosa e opalina (V. obs. II, IV, XI, XIII, XV, etc.), e cuja opalescência quando tendia a apagar-se anunciava a convalescença, como anunciava um mau desfecho se se mantinha, ou, pior ainda, se se tornava escura ou amarela.

Esta rápida revisão de alguns sintomas gripais de capital importância, indica-nos o caminho da sua terapêutica sintomática, ainda hoje a mais importante, e que desde já, fixaremos:

tônicos gerais, para evitar a astenia;

tonocardíacos, de preferência a esparteína, para sustentar o miocárdio;

adrenalina, para prevenir a insuficiência suprarrenal;

revulsivos sôbre o tórax para atender às complicações respiratórias; e
diuréticos desde o comêço, por causa das perturbações renais.

*

*

*

Ocupemo-nos agora das *formas clínicas* que a Gripe revestiu com maior frequência.

Sob o ponto de vista sintomático, houve formas: (1) *febris, respiratórias, renais, cardíacas, digestivas e nervosas.*

Sob o ponto de vista da sua evolução e gravidade podem dividir-se em: *leves, benignas, graves e prolongadas.*

Sob o ponto de vista da sua frequência tivemos: *formas frequentes e raras.*

FORMAS FEBRIS.—Foram desta ordem quasi todos os casos da primeira onda epidémica, rápidos e de temperatura elevada, de cuja sintomatologia, já atrás nos ocupamos. Pode também aqui incluir-se a nossa observação IV.

FORMAS RESPIRATÓRIAS.—Foram as mais comuns e mais variadas, indo desde a simples coriza com ou sem laringo-traqueíte, até à pneumonia e à pleurisia, desde a congestão simples e passageira ao edema agudo com todo o seu dramático cortejo e a sua terminação fatal.

O snr. Dr. Tiago de Almeida (2) assinalou vários casos de simples *laringo-traqueíte*, com ligeiras alterações de voz, sensação de ardor e tosse muito leve com expectoração espumosa. Dêstes casos não tivemos no hospital, como se

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

compreende pela sua leveza. Apenas numa das nossas observações a angina predominou (obs. XVII).

As *formas bronquíticas*, difusas ou localizadas (obs. VIII, XVIII e casos de 1919-20), com sarridos polimorfos disseminados, não foram raras.

As *formas pneumônicas* (V. obs. II, III, XII, XIII, XV, XIX, XX e XXI), foram tão freqüentes que valeram à segunda resaca epidêmica a designação corrente de "Gripe pneumônica.". Umas vezes a fase congestiva não era ultrapassada (obs. III, etc.), outras a fase de hepatização rubra sobrevinha, terminando quer pela cura (obs. II, etc.), quer pela morte, com hepatização cinzenta. A reacção pleural nestas formas era a regra (obs. XII, XIII, XV, etc.).

As *formas broncopneumônicas* não rarearam também (obs. I e casos de 1919-20), com maciszez ou submaciszez, focos múltiplos de sarridos polimorfos, expectoração variável, etc..

As *pleurisias gripais* (V. obs. V, VI, VII, IX, X, etc.), foram muito freqüentes nas enfermarias da 2.^a clínica médica, a ponto de serem objecto da tese de doutoramento do nosso colega e amigo, snr. Dr. António Félix Alves. Houve um caso de pleurisia sêca (obs. XIV), outro de pleurisia sero-hemorrágica (obs. X) e os restantes, os mais freqüentes, foram pleurisias purulentas, quer livres (V. obs. VII, XI, etc.), quer interlobares (V. obs. V, VI, IX, etc.). Além destas formas, outras foram ainda assinaladas: puriformes assépticas, hemáticas e sero-fibrinosas, livres ou enquistadas, duplas ou simples.

O exame bacteriológico do líquido pleural mostrou a existência de diferentes microorganismos, como o b. de Pfeiffer (obs. V), o estreptococo (obs. VII), etc., ou a ausência de germens microbianos. A localização do vírus gripal sôbre

a pleura pode ser primitiva, simultânea com as localizações pulmonares, ou, a maior parte das vezes, consecutiva a estas, como nos casos das nossas observações.

Quanto à sua evolução, os casos por nós observados foram tórpidos, arrastados, de curva febril caprichosa, embora tenham quasi todos curado, ou com simples toracenteses, ou, o maior número, pela pleurotomia seguida de lavagens antissépticas.

Não tivemos, felizmente, nenhum caso, na clínica hospitalar, de *forma edematosa*, mas não foram excepcionais estas formas, como já noutro ponto assinalamos. O edema pulmonar surgia com expectoração ferruginosa e espumosa, cianose, chuviros de sarridos subcrepitantes finos, dispneia intensa, sufocação progressiva que quasi sempre, terminava pela morte em poucas horas.

FORMAS RENAIIS. — Mais raras que as formas respiratórias, sem dúvida, apareceram contudo na passada epidemia: um doente do snr. Dr. Tiago de Almeida (¹) faleceu com uma nefrite aguda, tendo ligeiríssimos sintomas pulmonares, e outro do snr. Dr. Rocha Pereira (²), morreu também com uma nefrite aguda, sintomas nervosos e 40° de temperatura. Uma doente de 1919-20, teve também, possivelmente, uma nefrite gripal (?).

A nefrite podia ser leve ou grave, e era de regra ser grave nas grávidas, o que contribui para explicar a sua elevada mortalidade. Os seus sintomas eram a oligúria, albuminúria, cilindrúria e, por vezes, hematuria.

FORMAS CARDÍACAS. — Já atraz nos referimos a astenia cardíaca que em regra acompanha os casos de Gripe. Formas

(¹) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(²) Citado pelo snr. Dr. Tiago de Almeida, id., id..

houve também ⁽¹⁾ em que os fenómenos circulatórios dominaram o quadro mórbido com os sintomas seguintes: pulso pequeno, hipotenso, freqüente e intermitente por vezes, crises de taquicardia paroxística, colapso cardíaco e dispneia, mais acentuada nos obesos e velhos miocárdícos.

FORMAS DIGESTIVAS.— Relativamente raras entre nós (obs. XVIII e casos de 1919-20), parece terem sido mais frequentes noutros países ⁽²⁾. Traduziram-se, em regra, pelos sintomas seguintes: língua saburrosa e opalina, náuseas, intolerância gástrica, diarreia ou obstipação, timpanismo e dores abdominais. A diarreia podia tomar o carácter coleriforme, profusa e acompanhada de cianose, ou disenteriforme, sanguinolenta e com tenesmo.

FORMAS NERVOSAS.— Pode classificar-se neste grupo a nossa IV observação. Predominavam nestas formas a astenia acentuada, insónias, cefaleias violentas, sobresaltos tendinosos, agitação, delírio (V. obs. X), carfologia, trémulo dos lábios e das mãos e, por vezes, coma terminal.

Devia ser uma forma dêste género a que conduziu ao suicídio, aquela mulher de que falava um jornal de Vila Rial, em 22 de Setembro de 1918 ⁽³⁾, e que se precipitou da janela duma das enfermarias do hospital da vila, situada no 3.º andar. De resto os sintomas nervosos, mais ou menos acentuados e mais ou menos numerosos, encontram-se em todas as nossas observações, porque, como o acentua a definição de Potain já citada, as perturbações nervosas são características da Gripe.

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

(2) Id., id.

(3) Notícia transcrita pelo snr. Dr. Almeida Garrett, ob. cit., pág. 659.

Também na epidemia de 89, ao declinar, apareceram formas meningíticas benignas. As psicoses foram então assinaladas, bem como as nevrites, meningo-mielites (¹), e, na epidemia actual, houve casos idênticos, meningo-encefalites, meningites, etc..

A talho de foice, vem dizer aqui duas palavras a propósito duma meningo-encefalite especial — a *encefalite letárgica* — agora tão discutida, mesmo nos jornais noticiosos, e de que o snr. Dr. Tiago de Almeida (²) publicou ainda há pouco a interessante observação dum caso, que foi objecto de duas das suas lições clínicas dêste ano, recolhidas por nós e pelo snr. Dr. Cerqueira Gomes. Nessa lição, sem se pretender avançar que a encefalite letárgica seja uma modalidade clínica da Gripe, acentua-se e com razão, a simultaneidade do seu aparecimento, com as epidemias gripais, não só na última epidemia, como em outras anteriores.

FORMAS LEVES. — Desta categoria foram quasi todas as formas da primavera de 1918. Mais tarde, os seus sintomas não passavam dos que mencionamos no período de invasão, curando, por vezes, sem que aparecessem sintomas de localização pulmonar ou qualquer outra.

FORMAS BENIGNAS. — Nestas formas, as diferentes perturbações, que ordinariamente acompanham a Gripe, eram pouco acentuadas: a bronquite pouco intensa, a prostração faltava, as algias também ou eram leves, a diurese persistia abundante, a temperatura declinava rápidamente e apresentava remissões notáveis, finalmente, a opalescência lingual apagava-se depressa.

(¹) Dieulafoy, Manuel de Pathologie interne, Paris, 1911, T. IV, pág. 305.

(²) Dr. Tiago de Almeida, in Medicina Moderna, Março, 1919.

FORMAS GRAVES. — Estas formas são, pelo contrário, caracterizadas, por uma inusitada intensidade dos sintomas. Assim, todos os períodos são abreviados, sintomas múltiplos e intensos aparecem simultâneamente, a febre é muito elevada, etc.. Formas houve fulminantes, que mataram as suas vítimas em 24 ou 48 horas.

FORMAS PROLONGADAS. — É, sobretudo o período de convalescência que se prolonga, quando não o próprio período de estado. As pleurisias gripais tinham uma marcha particularmente arrastada, como já salientamos, mas mesmo as outras formas, mesmo aquelas cuja intensidade sintomática não foi de modo algum muito acentuada, arrastaram a sua convalescência longamente (V. obs. I, IV, VIII, XII, etc.).

FORMAS FREQUENTES. — Foram sobretudo as formas febris e respiratórias. O snr. Dr. Ricardo Jorge (¹), que classifica as formas clínicas da Gripe em 3 categorias — simples, hipertóxicas e pneumónicas — dá-nos a seguinte estatística, relativa aos doentes internados nos hospitais civis de Lisboa: formas graves, 51 %, bronco-pneumónicas 27 %, pneumónicas 11 % e hipertóxicas 13 %.

FORMAS RARAS. — Foram raras as formas de localização intestinal, por exemplo.

Como se vê, foram muito variados os tipos clínicos apresentados pela Gripe, e êste facto deve relacionar-se com dois factores principais: a virulência do seu agente e a resistência do terreno.

Pelo que diz respeito ao poder agressivo do seu vírus, três hipóteses são possíveis, de harmonia com o que no capítulo I expuzemos:

(¹) Dr. Ricardo Jorge, A Gripe, in "Portugal Médico", n.º 7, 1919.

- I — Modificações de virulência dum agente único,
- II — Associações microbianas, e
- III — Exaltação agressiva de microorganismos normalmente saprófitas.

Pelo que diz respeito à resistência do terreno, decerto que a Gripe deverá atacar com maior violência os indivíduos enfraquecidos, mas parece também por outro lado actualizar o microbismo latente no organismo que ataca, pela emergência das mais variadas complicações: respiratórias, renais, digestivas, etc.

*

*

*

É chegada a altura de discutirmos o diagnóstico de Gripe, etiqueta posta à doença epidémica cujos caracteres clínicos e epidemiológicos deixamos assinalados. Esta etiqueta, negada por muitos a princípio, como com outras epidemias gripais tem sucedido, é hoje aceite por quasi todos, porque hoje, pelo que da epidemia se conhece, todos os argumentos em contrário se rebatem facilmente, como tentaremos demonstrar.

O diagnóstico da Gripe endémica é sempre difícil, mas em épocas de epidemia, vencidas as dificuldades do começo, desde que a sua natureza está bem estabelecida, já não sucede o mesmo, sendo, todavia, necessário cuidado em não culpar a doença reinante de todos os males, que se não possam diagnosticar ao primeiro e ligeiro exame clínico.

Vejamos com que doenças poderia confundir-se a Gripe epidémica de 1918. Não passaremos, decerto, em revista todas as doenças com as quais a Gripe poderia assemelhar-se

por um ou outro sintoma, mas sómente aquelas com as quais o diagnóstico foi a princípio discutido.

FEBRE DOS 3 DIAS. — Êste diagnóstico foi entre nós defendido, como já dissemos, pelos snrs. Drs. Carlos França, Carlos Ramalhão e Américo Pires de Lima. O snr. Dr. A. P. de Lima, segundo informação pessoal, na ocasião em que grassava a “espanhola,, encontrou nos aposentos de sua casa, onde a epidemia tinha entrado, um mosquito que se lhe tornou suspeito—identificado depois como do género *Phlebotomus* e tomado como o agente transmissor da doença.

A sintomatologia da Gripe de então autorizava esta hipótese, sustentada também noutros países, por clínicos de valor. Com efeito, a febre dos três dias manifesta-se por: — *início brusco, febre elevada durante dois ou três dias, astenia notável, algias múltiplas (cabeça, articulações e joelhos em particular), insónias, erupção variável de aspecto e topografia, e convalescença arrastada.*

Áparte a erupção, o quadro é, como se vê, sensivelmente o da “espanhola,,. Mas algumas diferenças há. As algias da febre dos três dias, ou dengue, são mais violentas que as da Gripe, insuportáveis e características, (1) atingindo nos membros inferiores particularmente os joelhos; a erupção é de regra, ao fim de 24 ou 48 horas, precedida quasi sempre de congestão intensa, dum *rash* inicial, (2) e seguida de descamação com prurido; quasi sempre há fetidez do hálito (3) e as perturbações respiratórias faltam.

Acresce que a dengue é uma doença intertropical e das costas do Mediterrâneo, e, conquanto — o êrro não é de

(1) Dienlafoy, ob. cit., T. IV, pág. 99.

(2) E. Brumpt, Précis de Parasitologie, pág. 726. Paris, 1913.

(3) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

hoje — o distinto professor snr. Dr. Carlos Tavares (1) toda a sua vida tenha sustentado que as Gripes de Lisboa eram dengues, não está provado que o nosso país tenha já sido, em qualquer época, invadido por ela.

Também o snr. Dr. Ricardo Jorge, logo no comêço, refutou o diagnóstico de febre dos três dias, baseando-se essencialmente nos três argumentos seguintes:

- a) A febre dos três dias não acarreta fenómenos catarrais, e estes foram predominantes nos indivíduos atacados;
- b) A febre dos três dias não acarreta complicações graves, e estas surgiram com a epidemia;
- c) A difusão epidémica não se compadece com a distribuição geográfica do mosquito transmissor.

PNEUMONIA. — Como foram muito frequentes os casos de pneumonia gripal, cumpre-nos estabelecer aqui as bases da sua distinção com a pneumonia habitual, provocada pelo pneumococo de Fränkel. Esta distinção, que não seria difficil no auge da epidemia, é certamente delicada em épocas normais.

Segundo as nossas observações (II, III, XII, XIII, XV, XIX, XX, XXI e 4 casos de 1919-20), podem apresentar-se como distintivos os caracteres seguintes:

- a) Prelúdios de coriza, ou dores faríngeas (obs. XIII, XIX, XXI);
- b) Ausência ou leveza da pontada (obs. XIII, XIX, XXI e 3 casos em 1919-20);

(1) Citado pelo snr. dr. Tiago de Almeida, id., id..

- c) Dispneia intensa, sem relação com os sinais este-toscópicos;
- d) Ataque intenso do sistema nervoso (obs. III, XIX e XXI);
- e) Pouca tosse com expectoração ausente (obs. III e XIX), ou com expectoração variável: mucosa (obs. XII e XIII), muco-purulenta (obs. II, XIX e XX), ou sangüínea (obs. XX, XXI e 2 casos de 1919-20);
- f) Desfervescência lenta, em lise, (obs. II, III, XII, XIX e um caso de 1919-20);
- g) Ausência habitual da evolução cíclica característica, mais abreviada umas vezes (obs. XIX e XX) e mais prolongada outras (obs. II, XII e XIII);
- h) Lesões bilaterais mais freqüentes (obs. XII, XIII e XXI), ordinariamente basilares, corticais e de feição congestiva.

Êstes sinais, juntos a alguns dos sintomas de Gripe, que na pneumonia não costumam aparecer, como epistaxes, algias, etc., bastarão para fazer o diagnóstico diferencial na maior parte dos casos.

PNEUMONIA PESTOSA. — A peste, que surgiu epidémica-mente no Pôrto em 1899, continua ainda grassando de forma endémica, e, porisso, não admira que o snr. Dr. Carlos Ramalhão, perante a intensa congestão pulmonar observada na necrópsia dum indivíduo de V.^a N.^a de Gaia, suspeitasse de peste e procurasse investigar o seu agente específico, o bacilo de Yersin.

Os resultados foram negativos, mas a notícia, com esta origem ou com outra, correu mundo entre nós, e o espírito público alarmou-se, injustificadamente, porquanto a suspeita

de pneumonia pestosa tinha de eliminar-se pelas razões seguintes:

a) *Ausência de casos bubônicos anteriores.* Não era possível, para a pneumonia pestosa, estabelecer a cadeia de factos epidemiológicos que deveriam preceder a sua difusão epidémica, porque sendo a peste uma epizootia do rato transmitida ao homem pela pulga, cuja picada origina, em regra, formas bubónicas, estas deveriam aparecer antes ou, pelo menos simultâneamente com as formas pneumónicas. Além disso, seria também difícil explicar pelo contágio inter-humano a rápida difusão das pneumonias pestosas, tanto mais que os casos surgiram em focos disseminados e distantes.

b) *Letalidade da doença.* A Gripe matou muita gente (17,6 % dos doentes internados nos hospitais civis de Lisboa) (1), e não eram, decerto, benignas as pneumonias gripais, a cujo ataque resistiram, no entanto, muitos doentes, como os das nossas observações. Ora da pneumonia pestosa pode dizer-se que não perdôa nunca (23 óbitos em 24 casos na epidemia de Kolobovka) (2).

c) *Exames bacteriológicos negativos.* O bacilo da peste existe normalmente nos escarros dos pneumónicos, e não só o sr. Dr. Carlos Ramalhão o não encontrou, como o não encontraram todos aqueles que se dedicaram ao estudo bacteriológico da Gripe.

d) *Reacção ganglionar.* As formas de peste pneumónica podem evoluir sem hipertrofias ganglionares, mas algumas vezes estas aparecem secundariamente, (3) e, pelo

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) G. Dienlafoy, ob. cit., T. IV, pág. 326.

(3) G. Dienlafoy, ob. cit., T. IV, pág. 325.

menos, os gânglios brônquicos sofrem alterações bubônicas (1). Esta reacção ganglionar falta na Gripe.

TUBERCULOSE PULMONAR.—A confusão entre esta doença e a Gripe podia dar-se durante a epidemia, porque casos houve que assumiram formas pseudo-tuberculosas, quer com sarridos húmidos e estalidos subcrepitantes sob as clavículas, quer simulando cavernas, acompanhadas de expectoração purulenta e abundante. Um caso citou o snr. Dr. Tiago de Almeida, (2) que apresentava sob a axila esquerda todos os sinais duma caverna, com temperatura elevada e expectoração purulenta.

A distinção em casos desta ordem, pode basear-se nos sinais seguintes:

a) *Localização.* A tuberculose prefere os vértices pulmonares, como a Gripe preferiu as bases. É verdade que tanto uma doença como outra se pode acantonar em qualquer ponto dos pulmões, mas nem porisso este sinal deixa de ter o seu valor, quando associado com outros.

b) *Ausência de bacilos.* As pesquizas do b. K. nos escarros são ordinariamente positivas, sobretudo nos cavitários, emquanto que nos gripados, são, como se compreende, sistematicamente negativas.

c) *Expectoração.* Na Gripe, o doente não escarrava, em regra, antes de contrair a sua doença, e a purulência dos escarros surgia rapidamente; emquanto que os tuberculosos, quasi sempre, desde há muito tempo que veem expectorando, escarros que foram primeiro mucosos, e se transformaram gradualmente em muco-purulentos, e purulentos, por fim.

d) *Evolução.* É o sinal melhor e mais constante para

(1) Kolle e Hetsch, ob. cit., T. I, pág. 313.

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

uma distinção segura. A tuberculose é uma doença crônica, por excelência, e que, mesmo quando cura deixa sinais da sua passagem; ao passo que a Gripe evolui rapidamente, curando sem deixar seqüelas. As cavernas tuberculosas não se formam rapidamente, são precedidas dum período congessivo, a que se segue a formação de tubérculos, a sua junção e caseificação ulterior, ao passo que os sinais pseudo-cavitários da Gripe surgem rapidamente, com um foco que entra em supuração prematura.

e) *Antecedentes*. Raro é que um tuberculoso não tenha no seu passado factos, que ponham o clínico de sobreaviso e orientem o seu diagnóstico. Os erros são possíveis, mesmo fora dos tempos epidémicos, e o médico deve suspeitar sempre dos doentes que se queixam de Gripes periódicas, porque o tuberculoso crônico designa assim os ataques mais agudos do seu velho padecimento.

Os casos de associação gripal e tuberculosa são, evidentemente mais complexos, e precisam de toda a sagacidade do clínico para que a sua natureza seja estabelecida com segurança, quando a anamnese é de molde a nada esclarecer.

Os tuberculosos contraíram a Gripe, uns sem que a sua tuberculose se agravasse, outros sendo claramente prejudicados, como se prova pelos 3 casos seguintes, relatados pelo snr. dr. Tiago de Almeida: (1)

Uma senhora, portadora duma tuberculose antiga e tórpidas, contraíu uma gripe ligeira, que curou em poucos dias, sem repercussão sôbre as suas lesões bacilares;

Outra senhora, também portadora duma bacilose antiga, contando já varias curas de altitude, foi atacada por uma

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

forma bronquítica de Gripe, chegando a ter 39° de temperatura, sem agravar o seu padecimento;

Finalmente, um rapaz, portador duma tuberculose recente na base axilar direita, sem bacilos nos escarros, mas de tendência congestiva, foi também atacado pela Gripe que lhe provocou, no pulmão doente uma violenta congestão, cujos efeitos, a-pesar-da cura rápida, se fizeram sentir dentro em pouco, por uma hemoptise reveladora do agravamento da sua bacilose.

Dêstes três casos parece poder concluir-se que os tuberculosos não congestivos, com tecidos de esclerose, se defendem mais fácilmente das repercussões gripais, que os tuberculosos congestivos, portadores de lesões sem tendência cicatricial.

CÓLERA.— Não merece esta hipótese que nos detenhemos a discuti-la, pois que não só em Portugal a cólera não grassa, como também as formas intestinais não foram frequentes. A dúvida poz-se apenas nos campos de batalha, para alguns casos de forma digestiva, acompanhados de algidez e fezes coleriformes. Mas de lá a notícia irradiou e, a-pesar-de desmentida formalmente (1), o govêrno argentino declarou suspeitos de cólera os portos de França, Portugal e Itália.

Entidade nosológica ainda não descrita. Esta opinião defendida pelo médico espanhol, Dr. Sanchez de Val, tem por base algumas diferenças nos caracteres da epidemia de 1918, comparada com epidemias anteriores, particularmente com a de 89.

Assim êle nota:

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

Que se não conhece o agente da doença epidémica de 1918, ao passo que o agente da Gripe é o coco-bacilo de Pfeiffer, descoberto em 1892;

Que a doença epidémica de 1918 acarretava a imunidade, o que não sucede com a Gripe;

Que a doença de 1918 foi muito mortífera, enquanto que a Gripe não o é;

Que em 1918 foram atacados, sobretudo, os indivíduos novos e robustos, quando é certo que a Gripe prefere os velhos e as crianças;

Que a doença de 1918 atacava precocemente o coração, ordinariamente poupado pela Gripe;

Que a doença de 1918 era uma infecção geral, de carácter septicémico, com localizações várias, especialmente bronco-pulmonares graves, ao passo que a Gripe é uma doença local sem gravidade;

Que a doença de 1918 era de duração curta, sendo a Gripe uma doença demorada;

Que a doença de 1918 dava muitas vezes expectoração sangüínea, como não acontece na Gripe;

Que a doença de 1918 era rica em hemorragias, ao contrário da Gripe;

Que a doença de 1918 apresentava fórmulas hematológicas com leucocitose e sem linfócitos, quando a Gripe dá leucopenia e notada linfocitose;

Que a doença de 1918 tinha uma convalescença curta, ao passo que a Gripe tem uma convalescença arrastada.

Ora para destruir esta longa série de argumentos basta quasi admitir, como todos admitem, que as diferentes epidemias da mesma doença podem ter os seus caracteres par-

ticulares, a sua fisionomia típica, sem que, todavia, as suas características gerais desapareçam, permitindo identificá-las.

Mas muitos dos seus argumentos são falsos ou infundados: assim a especificidade do Pfeiffer, que nos não repugna, aliás, admitir para a epidemia actual, tem sido sempre discutida, após a sua descoberta; a imunidade conferida por uma doença é uma função do tempo, e difficil seria provar que a Gripe, como a entende o Dr. Sanchez de Val, não confere a imunidade; a letalidade varia de epidemia para epidemia, e outras conta a história da Gripe tão mortíferas como esta; etc., etc.; e assim sucessivamente até à afirmação de que a doença de 1918 tinha uma convalescença curta, o que está em aberta contradição com os factos entre nós observados.

*

*

*

Resumindo as considerações dêste capítulo, podemos concluir que a doença epidémica de 1918 era efectivamente a Gripe, que se revestiu então dos seguintes caracteres fundamentais:

*Extrema contagiosidade e diffusibilidade,
Preferência pelos indivíduos novos,
Associações microbianas múltiplas,
Feição congestiva e hemorrágica de todas as lesões,
Frequência das localizações respiratórias, muitas vezes de extrema gravidade, mas quasi sempre indolores ou pouco dolorosas,
Astenia cardíaca frequente.*

CAPÍTULO III

Profilaxia e tratamento

A difusibilidade epidémica é de tal ordem, o contágio tão fácil, que as medidas de defeza internacional se tornam inúteis, não foram em Portugal tomadas, e de estranhar é que a Espanha nos fechasse as fronteiras, para se defender contra uma epidemia que atravez do seu território até nós veiu (1).

A profilaxia colectiva foi declarada ineficaz, mas factos há, sôbre os quais reflectindo, se comprehende, em certos casos, asua possibilidade. ¿Que significação pode ter o caso, já citado, da povoação do Amieiro, situada entre penhascos nas margens do Rio Tua? ¿Não escapou a Austrália (2), que se isolou, à epidemia de 89? ¿Não sucedeu o mesmo na última epidemia, com as nossas ilhas (3) das Flores e Rio?

Não abrangem, todavia, a Gripe as convenções de profilaxia internacional, e, como no momento actual se ignora o meio de conseguir uma defesa eficaz, medidas, como as tomadas pela Espanha, redundariam em pura perda de

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) Id., id..

(3) Id. id..

dinheiro, e no sacrifício inútil de muitos e legítimos interesses.

Impotentes para deter a marcha internacional das ondas epidémicas, que transpuzeram todas as fronteiras, algumas medidas podiam tomar-se, e se tomaram, para entrar quanto possível a difusão do morbo. O contágio é, fundamentalmente, inter-humano, e para o impedir de algum modo, teem toda a oportunidade, medidas como as seguintes:

a) *Isolamento dos doentes*, para que não disseminem o seu mal e para evitar as complicações que tantas formas benignas transformaram em gravíssimas. O isolamento individual, indispensável nas habitações particulares, é ainda mais imperioso nos hospitais, para impedir o contágio das complicações: os resultados desta medida profilática podem avaliar-se pela sua averiguada eficácia preventiva da broncopneumonia em casos de sarampo.

Claro que êste isolamento compreende, não só a redução ao mínimo das pessoas que, por necessidade, teem de aproximar-se dos doentes, como os cuidados individuais que estas devem tomar para não serem infectadas, tais como o uso de máscaras, rigorosos cuidados de antissépsia manual e buco-naso-faríngea, uso de casacos brancos que não saiam do quarto dos infectados, etc..

b) *Hospitalização obrigatória*, para obviar ao isolamento impossível ou precário nas casas particulares, isolando os doentes individualmente, ou, pelo menos, separando os casos simples dos casos complicados.

c) *Evacuação dos convalescentes*, rodeando-os sempre de todos os cuidados, porque a convalescença é arrastada, porque as camas nos hospitais são sempre poucas no fastígio duma epidemia desta natureza, e porque, a não haver um

bom isolamento, as complicações ou recaídas são sempre de temer.

d) *Evitar acumulações*, sobretudo em recintos fechados, nos quais os porta-bacilos são disseminam a epidemia. A Academia de Medicina de Paris (1) concluiu que as ocasiões de contágio são frequentes nos lugares de reunião, mormente em recintos escuros e mal arejados, como teatros, cinematógrafos, meios de transporte etc.. Também o sr. Dr. Almeida Garrett, em nota oficiosa da delegação de saúde do Porto (2), aconselhava, por ocasião da ressaca primaveral de 1918: "... evitar a permanência em lugares fechados onde haja grande aglomeração de pessoas ... ,".

Teem, sob êste ponto de vista, grande importância as determinações oficiais, impedindo na medida do possível, todas as aglomerações que não correspondam a um real interesse colectivo: encerrando estabelecimentos de ensino, cafés, igrejas, teatros, proibindo cortejos, procissões, comícios, etc..

e) *Evitar resfriamentos e fadigas*, que baixando momentâneamente o potencial de resistência orgânica, abrem caminho a todas as infecções.

f) *Rigorosa higiene individual*, que, se é útil em todos os tempos, é mais que nunca imprescindível em tempos epidémicos. Os grandes jornais noticiosos deverão levar a todos os recantos o conselho dos entendidos, os editais, afixados por toda a parte, deverão suggestionar o público, procurando levá-lo à prática das mais rudimentares noções duma defesa inteligente.

A antissépsia das mãos, boca e rino-farínge; os cuida-

(1) Ed. Joltrain e P. Baufle, La Grippe, Paris, 1919, pág. 42.

(2) Dr. Almeida Garrett, ob. cit., pág. 654.

dos de protecção às famílias em que haja epidemias, sobretudo do pessoal de enfermagem; o perigo das viagens e das reuniões; as consequências dos excessos alcoólicos e da fadiga; o recurso sempre necessário do conselho médico, etc.,—tudo o que seja reconhecidamente útil se deve aconselhar, convencendo, quando não impor, sem arbitrariedade nem violência.

O uso das máscaras protectoras da boca, nariz e olhos é, sem dúvida, de grande utilidade, principalmente para médicos e enfermeiros, porque protege contra as gotículas líquidas projectadas pelos doentes, como uma máscara anti-gaz protegia contra os gazes asfixiantes na guerra. Não é, certamente, o nosso meio propício a estas inovações, mas todos devem ter em vista o seu princípio, protegendo-se de modo a suprir a sua falta, tanto quanto possível seja. Indispensável é também, para as pessoas que tem de aproximar-se dos doentes, a blusa branca, que se veste ao entrar e se despe ao sair do quarto dos gripados, ao mesmo tempo que se faz uma cuidadosa desinfecção das mãos, sempre fatalmente contaminadas por inevitáveis contactos sépticos.

Para proteger as fossas nasais podem fazer-se instilações diárias de gomenol (gomenol 1 p., azeite esterilizado 20 p.: uma gota de manhã e à noite em cada narina), que parece preferível ao mentol. (1) Para a boca e faringe, gargarejos de solutos antissépticos, tais como (2):

Gomenol vinte gramas

X gotas em 50 gr. de água tépida.

(1) Ed. Joltrain et P. Baufle, ob. cit., pág. 45.

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

Ou

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| Timol | um grama |
| Tintura de baunilha | cinco grammas |
| Álcool | cincoenta grammas |

X gotas em 50 gr. de água tépida.

Ou ainda

| | |
|------------------------|---------------|
| Ácido fénico | dois grammas |
| Álcool | dois grammas |
| Água | vinte grammas |

X gotas em 100 gr. de água tépida.

Diz o snr. Dr. Ricardo Jorge (1) que estas lavagens freqüentes são de eficácia duvidosa, quando não prejudiciais, por destruir as mucosidades protectoras e provocarem até rinites e faringites. Assim será para o abuso, mas *est modus in rebus*, e ninguêm poderá negar a utilidade duma bem orientada hygiene naso-bucal.

São também úteis, nos quartos dos doentes, os vapores de infusão de folhas de eucalipto, contanto que a ventilação não seja prejudicada.

g) *Uso de medicamentos preventivos*, processo sôbre cuja eficácia temos todas as dúvidas. Foram aconselhados como tais — a *quinina* (bromidrato, 0,50 gr.) e o *arsénio* (arrenal a $\frac{1}{20}$, X gotas às duas principais refeições), sob o pretexto de não terem sido atacados os impaludados e os sifilíticos. Quanto aos impaludados verificou-se que, duma maneira geral, nas zonas do sezonismo a Gripe grassava

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

intensamente; e quanto aos sífilíticos também o snr. Dr. Ricardo Jorge (1) diz ter visto pneumónico um homem novo, recentemente tratado pelo Salvarsan.

Foi também aconselhado, o uso diário do *alho*, e a fórmula seguinte:

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| Suprarrenais em pó . . . | } | ãa cinco centigramas. |
| Tiroideia em pó. . . | | |

Uma hóstia ao almôço

h) *Vacinas*: são o processo do futuro, o único que poderá ser eficaz quando aplicado em larga escala. Já na epidemia de 1918 foram empregadas, e os resultados obtidos são de tal modo animadores, que muito há decerto a esperar delas.

Alguns exemplos o demonstram. Comparemos a viagem trágica do vapor “Moçambique,, com a do “Lourenço Marques,, partidos da mesma região e com idênticos itinerários.

O “Moçambique,, (2) parte da província do mesmo nome a 12-IX-918, repatriando soldados portuguezes, e a 29 toca no Cabo, onde a Gripe tinha atacado os trabalhadores de bordo. Pouco tempo depois os casos amontoavam-se, e, para avaliar da intensidade e gravidade dêste foco flutuante, basta saber que trazendo na 4.ª classe 558 soldados houve 188 óbitos no trajecto até Lisboa. A equipagem e os passageiros de 1.ª, 2.ª e 3.ª foram mais poupados — o que prova bem o valor da hygiene individual e habitacional na etiologia e profilaxia da Gripe.

(1) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

(2) Dr. Ricardo Jorge, ob. cit..

Pouco tempo depois o "Lourenço Marques," (1) fazia a mesma viagem, com 1.100 praças e 35 oficiais, sem que a epidemia se manifestasse. Todos tinham sido vacinados em Lourenço Marques, antes da partida.

Outros exemplos (2), ainda: O coronel Bruce Porter relata que num acampamento de 415 soldados todos vacinados nenhum teve a Gripe. Em face duma epidemia grave manifestada em soldados da Nova-Zelândia, foi resolvida a sua vacinação. Pois entre os inoculados (neozelandeses) a morbidade foi de 2 ‰, enquanto que nos não inoculados (ingleses) foi de 28 ‰.

Os ingleses usaram uma vacina polivalente de micróbios atenuados por uma esterilização de meia hora a 55°, adicionada de 0^{gr},50 de ácido fénico. Na 1.^a dose injectavam:

| | |
|--------------------------|-------------|
| B. de Pfeiffer | 30 milhões |
| Pneumococo | 100 milhões |
| Estreptococo | 40 milhões |

Na 2.^a e 3.^a inoculações injectavam o duplo da primeira, e as injeções eram espaçadas de 10 dias. Esta vacina era preparada com micróbios de tipos bem definidos, cuidadosamente seleccionados. Não deve ser empregada em crianças de menos de 3 anos: dos 3 aos 7 — $\frac{1}{4}$ de dose, e dos 7 aos 16 — $\frac{1}{2}$ dose.

Em França, o Instituto Pasteur preparou também uma vacina com culturas aquecidas do *b. de Pfeiffer*, *estreptococo*, *micrococcus aureus* e *micrococcus catarrhalis*.

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id.

(2) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

Passemos a estudar o tratamento curativo.

A Gripe tem apenas tratamento sintomático, por medicações, facto que sucede a todas as doenças, cujo tratamento etiológico se desconhece, e que tem o polimorfismo clínico da Gripe.

As medicações que podem usar-se útilmente, são as seguintes:

I—MEDICAÇÃO BIOLÓGICA. Compreende a soroterapia, vacinoterapia, linfoterapia, lactoterapia e abcessos de fixação.

A *soroterapia* fez-se empregando sôros muito variados: sôro antipneumocócico (Violle e Rénon), antiestreptocócico, antidiftérico, etc.; sôros polivalentes, como o aconselhado por Legroux (pneumococo, estreptococo, b. de Pfeiffer e micrococcus aureus); sôro de convalescentes (Thirolaix, etc.), sôro do próprio doente ou ainda sôro simples de boi ou de cavalo; sôros artificiais, como o sôro glicosado (100 a 200^{cc}) que aumenta a diurese (seguido de clisteres de sôro de Schiassi n.º 2 para obviar à desidratação), sôro quinino-arsenical, na falência cardíaca (Armand Gauthier: 400^{cc} de manhã e de tarde, com 0,5^{gr} de cloridrato de quinina e 0,05^{gr} de arrenal); etc., etc..

A *vacinoterapia* fez-se com as diferentes vacinas preventivas. A vacina inglesa era usada, nos casos agudos, com $\frac{1}{20}$ da dose inicial da vacinação preventiva repetida 2 ou 3 vezes de 2 em 2 dias; nas formas demoradas com $\frac{1}{10}$ da dose inicial repetida no dia seguinte.

A *linfoterapia* consistia (Artault) em injeções de sorosidade obtida por meio de vesicatórios.

A *lactoterapia* foi usada (Guérin) em injeções intra-

musculares repetidas de 5 a 10^{cc} de leite fervido, filtrado, arrefecido e esterilizado em autoclave.

Os *abscessos de fixação*, provocados pela injeccção subcutânea de 1^{cc} de terebentina esterilizada, actuam como campo de fixação microbiana e laboratório de anti-corpos.

II — MEDICAÇÃO ANTISSÉPTICA. Podem usar-se como antissépticos locais a *terpina*, *benzoato de sódio*, *gomenol e eucalipto*; e como antissépticos gerais o *azul de metileno*, *urotropina* e *salicilato de sódio*.

A *terpina* e o *benzoato de sódio* podem formular-se conjuntamente:

| | | |
|--------------------|---|----------------------|
| Terpina | } | ãã vinte centigramas |
| Benzoato de sódio. | | |

Em uma hóstia. Uso: três por dia.

O *gomenol* pode usar-se em ingestão (cápsulas gelatinadas de 0^{gr},25 duas a quatro p. d.), em inalações, pulverizações e injeccções subcutâneas. Para as inalações pode utilizar-se um frasco de duas tubuladuras, uma das quais mergulha no *gomenol* e a outra não; o doente aspira o ar do tubo não mergulhado.

O *eucalipto* pode prescrever-se ou em inalações de tintura, como o *gomenol*, ou em fricções com uma flanela molhada em essência, ou ainda em clister de hidro-infuso de folhas (20^{gr} para um litro de água).

O *azul de metileno* formula-se em hóstias de 0^{gr},10: 2 ou 3 por dia.

A *urotropina* pode dar-se também em hóstias (3 ou 4 de 0^{gr},5) ou em injeccções subcutâneas ou intravenosas do soluto aquoso a 2 por 10.

O *salicilato de sódio* dá-se em solução (2 a 4^{gr} p. d.).

Como, com o uso continuado dum medicamento o organismo deixa de reagir, é de aconselhar a variação, prescrevendo ora um, ora outro destes antissépticos.

III—MEDICAÇÃO COLOIDAL. É uma variante da medicação antisséptica, feita pelos metais coloidais: *prata, ouro, estanho ou ródio*. Todos os clínicos preferiram a prata, quer sob a forma de prata coloidal química (colargol), quer sob a forma de prata coloidal eléctrica (electrargol).

O electrargol pode usar-se em injeções subcutâneas, intra-musculares ou intra-venosas ou ainda em fricções (pomada a 10 %, friccionar o doente com 5^{gr} uma ou duas vezes por dia). Referem-se efeitos maravilhosos do electrargol em intra-venosa, ¿mas será sempre inocente a sua inoculação? ¿Não precisarão de ser corrigidos os efeitos milagrosos assinalados?

IV—MEDICAÇÃO ANTITÉRMICA. Podem usar-se os anti-térmicos físicos (*loções de vinagre, banhos gerais tépidos, enfaixamento geral*) ou químicos (*quinina, criogenina, piramido, aspirina, etc.*).

As loções de vinagre devem ser feitas com uma esponja molhada, rápidamentee, de modo que a operação não demore mais de um ou dois minutos, sendo o doente imediatamente enxuto e envolvido num cobertor.

Os banhos gerais tépidos podem usar-se de 34° a 36°, 3 a 6 banhos nas 24 horas, de 15 a 20 minutos cada um, fazendo tomar o doente, à entrada e à saída, uma colher de vinho fino ou Poção de Todd, e mantendo-lhe a cabeça coberta por uma compressa fria.

O enfaixamento geral faz-se por meio dum lençol mergulhado em água tépida (25° a 30°), espremendo-o e envolvendo com êle o corpo do doente, com excepção da cabeça, durante 3 a 5 minutos.

Os antissépticos químicos podem ser todos usados na mesma dose, de preferência baixa (H. de 0^{sr},25, até 4 p. d.), pois que as altas doses dissimulam a reacção térmica, provocam o colapso cardíaco e impermeabilizam o rim. Também é conveniente associá-los a correctivos como, a cafeína ou a estricnina.

V — MEDICAÇÃO TÓNICA E ESTIMULANTE. Tem por fim elevar ou conservar o dinamismo orgânico na luta contra a infecção. Podem usar-se tónicos gerais estimulantes — *alcool, acetato de amónio, óleo canforado, estricnina e arsénio* —, ou os tonicardíacos — *adrenalina, cafeína, esparteína e digitalina* —.

O álcool pode ser prescrito sob várias formas: vinho do Pôrto, champanhe, Poção de Todd, etc..

O acetato de amónio (2 a 4 gr. p. d.) formula-se em poções, como:

| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|
| Acetato de amónio | } | ãa dois gramas |
| Tintura de canela | | |
| Tintura de quina | | |
| Xarope de casca de laranja | } | ãa cincoenta gramas |
| Xarope de quina | | |

Uso: 4 colheres, das de sopa, por dia.

O óleo canforado, em injecções hipodérmicas, pode usar-se só, ou associado ao éter (óleo etero-canforado), ou ao fósforo (óleo fósforo-canforado), associações de resultado superior ao óleo canforado simples.

Para a estricnina pode aconselhar-se a fórmula seguinte:

| | |
|------------------------------------|------------------|
| Cacodilato de estricnina | dois centigramas |
| Água destilada | dez gramas |

Para injecções hipodérmicas. Uso: 1^{cc} por dia

O arsénio é preferível para a convalescência, e podem utilizar-se o neosalvarsan (0^{gr},15), a hectina (X gotas) ou o arseniato de estricnina (0^{gr},001 a 0^{gr},002).

A adrenalina é um bom tonicardiaco, que deve prescrever-se na dose de X a XV gotas por dia.

Da cafeína (0^{gr},20 a 0^{gr},50), esparteína (0^{gr},05 a 0^{gr},15) e digitalina (V a X gotas), é preferível na Gripe usar a esparteína.

VI — MEDICAÇÃO REVULSIVA E DESCONGESTIONANTE. Faz-se por meio de agentes variados: *enfaixamentos torácicos, sangrias, ventosas, sinapização, banhos gerais, urtigas e acónito.*

Os enfaixamentos torácicos fazem-se com uma toalha molhada em água tépida, exactamente como o enfaixamento geral se faz com um lençol.

A sangria é uma arma que não deve nunca esquecer-se, particularmente nos casos de congestão intensa.

As ventosas, sêcas ou sarjadas, devem aplicar-se na região periférica correspondente ao órgão a que se pretende acudir: pulmão, rim, etc..

Os banhos gerais, aplicados também como antitérmicos, devem usar-se nas condições já mencionadas. Os banhos sinapizados teem uma acção mais pronunciada.

As urtigas, novo revulsivo, foram usadas no tratamento da Gripe, numa freguesia do concelho de Amarante (1). Compreende-se fácilmente a sua acção excitante do emunctório cutâneo.

(1) Dr. Tiago de Almeida, id., id..

O acónito pode usar-se, segundo a fórmula seguinte:

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Tintura de raiz de acónito | XX gotas |
| Benzoato de sódio | dois gramas |
| Hidrolato da tilia. | cento e cinquenta gramas |

Uso: 4 colheres, das de sopa, por dia.

VII — MEDICAÇÃO OPOTERÁPICA. A opoterapia tem, como se sabe, por objectivo suprir a insuficiência das glândulas endocrínicas, ministrando produtos delas extraídos. Podem usar-se a *adrenalina*, a *hipofisina* e o *pó ou extracto de cápsulas suprarrenais*.

VII — MEDICAÇÃO PURGATIVA. Os purgantes são úteis nas doenças inficiosas, quer no início, quer na convalescença ao recommençar da alimentação sólida. Podem usar-se o *óleo de ricino*, o *sulfato de sódio* ou os *calomelanos*.

Podem, também, usar-se os clisteres purgativos.

XI — MEDICAÇÃO DIURÉTICA. É necessário manter sempre a eliminação das toxinas, auxiliando o emunctório renal por meio dos diuréticos. Podem usar-se: *urotropina*, *teobromina*, *acetato de potássio*, *infusão de raízes aperientes* ou *água adicionada de benzoato de sódio*.

Para o acetato de potássio, pode prescrever-se:

| | |
|--|--------------------------|
| Acetato de potássio | dois gramas |
| X. ^o das cinco raízes | cincoenta gramas |
| Infusão de polígala. | cento e cinquenta gramas |

Para tomar durante o dia.

*

*

*

Para as formas benignas pode orientar-se o tratamento do modo seguinte :

Purgante no 1.º dia,
 Instilações de gomenol nas narinas,
 Urotropina,
 Aspirina (piramido ou quinina),
 Benzoato de sódio e terpina (bronquite).

As formas pneumónicas ou bronco-pneumónicas precisam do tratamento das formas benignas, e ainda de :

Sangria,
 Descongestionantes ou revulsivos torácicos,
 Diuréticos (sôro glicosado),
 Tonicardíacos (adrenalina, estricnina, esparteína),
 Antissépticos gerais (salicitato, utropina),
 Sôros anti-infecciosos.

As formas tóxicas reclamam :

Medicação estimulante,
 Opoterapia suprarrenal,
 Medicação coloidal,
 Enfaixamentos húmidos,
 Balneação.

O edema agudo do pulmão deve tratar-se com :

Ventosas sêcas ou sarjadas,
 Sangrias repetidas,
 Cafeína,
 Óleo canforado,
 Digitalina.

Para as formas disentéricas, aconselha-se :

Dieta hídrica,
Clisteres de ictiol,
Colargol,
Sôro glicosado.

As formas meningéas beneficiam com :

Banhos tépidos,
Punções lombares.

Durante a convalescença :

Algodão iodado,
Tintura* de iodo (X gotas em leite),
Arsénio,
Estricnina,
Cola,
Glicero-fosfato de cálcio,
Opoterapia suprarrenal,
Alimentação sólida, tardia, etc..

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A paleontologia animal, particularmente a dos *Vertebrata*, elucida muitos factos de anatomia comparada e, por isso mesmo, de anatomia humana.

Histologia. — Não existe um carácter ou conjunto de caracteres em que possa basear-se absolutamente a distinção entre célula animal e célula vegetal.

Fisiologia. — O metabolismo animal é profundamente diferente do metabolismo vegetal. A vida dos animais é mediata ou imediatamente subordinada à dos vegetais com clorofila.

Patologia geral. — Seria de bom critério pedagógico a criação duma cadeira de Patologia geral, de carácter exclusivamente sintético no último ano do curso médico.

Terapêutica. — Os métodos terapêuticos, primeiro puramente empíricos, evolucionaram subordinados às doutrinas filosóficas da época.

Anatomia patológica. — Algumas hipóteses sôbre a origem das neoplasias recordam os factos observados no reino vegetal com as cecídeas e ramos adventícios.

Medicina legal. — A medicina legal e a higiene são dois ramos de conhecimento médico que se aproximam pelo seu fim: a defesa social.

Higiene. — Os organismos vegetais inferiores tanto contaminam como depuram o meio ambiente. Da vida dos vegetais inferiores depende a dos mais diferenciados, e da dêstes a do homem.

Operações. — As intervenções cirúrgicas baseiam-se no poder do redintegração dos tecidos, muito variável na série animal.

Clínica obstétrica. — A Gripe pela sua tendência hemorrágipara, é uma causa freqüente de aborto.

Clínica cirúrgica. — O bom êxito das intervenções cirúrgicas é em grande parte dependente dos cuidados post-operatórios.

Clínica médica. — A Gripe é uma doença notavelmente polimorfa, mas nem por isso deixa de ser uma individualidade nosológica bem definida.

Visto,
Diogo de Almeida.
Presidente.

Pode imprimir-se,
Maximiano Lemos,
Director.

